

IX LECCIONES EN ACTUALIZACIÓN URGENCIAS Y EMERGENCIAS



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria
Socifosa.es

IX Lecciones en Actualización Urgencias y Emergencias



**Ciencia
Sanitaria.es**



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria

IX Lecciones en Actualización Urgencias y Emergencias

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: 978-84-19560-87-2

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

Producción editorial e impresión: CienciaSanitaria.es.

Índice

1	PROTOCOLOS Y ALGORITMOS DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS ANTE LOS PACIENTES CON INTENTO AUTOLÍTICO MONTSERRAT COMINO BRUNNER, ELSA MOLINERO CASTAÑEDA, LOURDES IZQUIERDO MINGUEZ, SARA CASTELLANOS CASTRO Y CRISTINA SERRANO MOVILLA	3
2	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE CETOACIDOSIS DIABÉTICA Y SÍNDROME HIPERGLUCÉMICO HIPEROSMOLAR: ACTUALIZACIÓN CLÍNICA Y TERAPÉUTICA LOURDES SEGOVIA GARCÍA DE MARINA, LIRIA CHAMORRO RUFO, SONIA BRICEÑO GARCÍA, SANDRA CASTELLANOS CUEVAS Y MARIA CRUCES RODRÍGUEZ PERAL LÓPEZ ASTILLEROS	7
3	ATENCIÓN PEDIÁTRICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS POR EXANTEMA SÚBITO ARIANA ESTEFANÍA PAUNERO MOREJÓN Y JULIA PÉREZ NIETO	15
4	ANGINA INESTABLE JORGE ARRIBAS GARCÍA	19
5	EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS: ¿QUÉ SON?, ¿CUÁLES SON LAS FUNCIONES DEL DIPLOMADO DE ENFERMERÍA? JOSE LUIS TOLMOS RIVERA	25
6	CONCEPTOS GENERALES EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS Y TIPOS DE TRANSPORTE SANITARIO AROA DÍAZ REY	29
7	CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS DE TRIAJE AROA DÍAZ REY	33

8	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTE/FAMILIA CON TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO POR ENFERMEDAD TERMINAL	
	LORENA DIAZ LOPEZ, MARIA ÁNGELES RAFAEL DE LA CRUZ LÓPEZ, TAMARA PALOMINO MARTIN, ALEJANDRO FERNÁNDEZ GARCÍA Y MIRIAM CASARES BENITO	37
9	ATENCIÓN AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO: ACCIDENTE DE MOTOCLICLETA	
	JORGE ARIBAS GARCÍA	47
10	PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD EN LA INFANCIA. PROYECTO “UN ARCO IRIS POR UN NIÑO SANO”	
	LORENA DIAZ LOPEZ, MARIA ÁNGELES RAFAEL DE LA CRUZ LÓPEZ, TAMARA PALOMINO MARTIN, ALEJANDRO FERNÁNDEZ GARCÍA Y MIRIAM CASARES BENITO	53
11	EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA CARDIOVERSIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	
	MARIA LUISA ROMERO ALONSO, ISABEL RUESCAS CALLEJA Y DAMIÁN MARTÍNEZ CIFUENTES	59
12	LOS PACIENTES CON INFECCIONES URINARIAS Y LAS FUNCIONES DE ENFERMERÍA	
	JULIANA HORTELANO HORTELANO, LAURA TORRES PANCORBO, LLANOS LOPEZ MORA, ELENA CANTÓ GARCÍA Y CARMEN ROMERO NAHARRO	63
13	LAS FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN UN CODIGO ICTUS EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS	
	JULIANA HORTELANO HORTELANO, LAURA TORRES PANCORBO, LLANOS LOPEZ MORA, ELENA CANTÓ GARCÍA Y CARMEN ROMERO NAHARRO	67
14	PACIENTE CON LINFEDEMA Y LAS FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DEL CÁNCER	
	JULIANA HORTELANO HORTELANO, LAURA TORRES PANCORBO, LLANOS LOPEZ MORA, ELENA CANTÓ GARCÍA Y CARMEN ROMERO NAHARRO	71

15	ENFERMERÍA DURANTE LA PERFUSIÓN INTRAVENOSA DE LIDOCAÍNA Y KETAMINA MARIA LEON HERVAS, MARIA DEL VALLE ALAÑON ACEVEDO, ANA ISABEL ALAÑÓN ACEVEDO, ANA ISABEL MUÑOZ LLANOS Y CELIA VELÁZQUEZ GARCÍA	75
16	ENFERMERÍA ANTE LA TOMA DE LA PRESIÓN ARTERIAL A LOS PACIENTES EN LOS CENTROS DE SALUD MARIA LEON HERVAS, MARIA DEL VALLE ALAÑON ACEVEDO, ANA ISABEL ALAÑÓN ACEVEDO, ANA ISABEL MUÑOZ LLANOS Y CELIA VELÁZQUEZ GARCÍA	81
17	PACIENTES CON TRASTORNO HEREDITARIO DE QUISTES RENALES Y EL CUIDADO DE ENFERMERÍA MARIA LEON HERVAS, MARIA DEL VALLE ALAÑON ACEVEDO, ANA ISABEL ALAÑÓN ACEVEDO, ANA ISABEL MUÑOZ LLANOS Y CELIA VELÁZQUEZ GARCÍA	85
18	ENFERMERÍA A PACIENTES CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO, RAQUEL DÍAZ ALMAZÁN, MARIA JOSE TRUJILLO LÓPEZ, ESTER GARCÍA CEBRIÁN Y CARMEN MUÑOZ GUZMÁN	89
19	FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA ENTUBACIÓN DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO, RAQUEL DÍAZ ALMAZÁN, MARIA JOSE TRUJILLO LÓPEZ, ESTER GARCÍA CEBRIÁN Y CARMEN MUÑOZ GUZMÁN	93
20	CÓMO LLENAN LOS TUBOS DE SANGRE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LAS EXTRACCIONES GONZALO MARTINEZ MARTINEZ, RAMIRO JOSÉ SÁNCHEZ CALVO, JAVIER ESTEBARANZ GOMEZ, JUAN PÉREZ-OLIVARES GARCÍA Y DANIEL LOPEZ REY FORTUNA	97

21	PACIENTES EN PRONO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y LA FUNCION DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA GONZALO MARTINEZ MARTINEZ, RAMIRO JOSÉ SÁNCHEZ CALVO, JAVIER ESTEBARANZ GOMEZ, JUAN PÉREZ-OLIVARES GARCÍA Y DANIEL LOPEZ REY FORTUNA	103
22	RCP ANTE EL BEBE RECIÉN NACIDO POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA GONZALO MARTINEZ MARTINEZ, RAMIRO JOSÉ SÁNCHEZ CALVO, JAVIER ESTEBARANZ GOMEZ, JUAN PÉREZ-OLIVARES GARCÍA Y DANIEL LOPEZ REY FORTUNA	107
23	CARDIOVERSIÓN EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS MARÍA DEL CARMEN MERO YÉBENES, MARTA JIMÉNEZ DE LOS GALANES ALCÁZAR, VICTOR JOSE SANCHEZ GIMENEZ, ANDREA MARIA VALDEPEÑAS LAGUNA Y MÓNICA BALLESTEROS TOLEDO	111
24	IMPORTANCIA DE LA ASPIRACIÓN DE SECRECIONES AL PACIENTE INTUBADO MARÍA DEL CARMEN MERO YÉBENES, MARTA JIMÉNEZ DE LOS GALANES ALCÁZAR, VICTOR JOSE SANCHEZ GIMENEZ, ANDREA MARIA VALDEPEÑAS LAGUNA Y MÓNICA BALLESTEROS TOLEDO	117
25	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE ENFERMERÍA DE LAS REGLAS DE PREDICCIÓN CLÍNICA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES, ANA ISABEL ALMENA FRANCO, MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA, ELENA MOROTE CUMPLIDO Y JOSE ANTONIO SERNA DEL ALAMO	123
26	ENCUESTAS CONFECCIONADAS PARA ENFERMERÍA DE LAS REGLAS DE PREDICCIÓN CLÍNICA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES, ANA ISABEL ALMENA FRANCO, MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA, ELENA MOROTE CUMPLIDO Y JOSE ANTONIO SERNA DEL ALAMO	129

- 27 IMPLICACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA CUMPLIMENTACIÓN DE LAS REGLAS DE PREDICCIÓN CLÍNICA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS**
MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES, ELENA MOROTE CUMPLIDO,
JOSE ANTONIO SERNA DEL ALAMO, ANA ISABEL ALMENA
FRANCO Y MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA 137
- 28 PARADA DE ORIGEN RESPIRATORIO. OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA POR CUERPO EXTRAÑO. EL PAPEL DE ENFERMERÍA ANTE UN ATRAGANTAMIENTO**
LETICIA ANTUÑA GUTIÉRREZ Y ELENA PEÑA RUBÍN DE CELIS 145
- 29 ENFERMERÍA: GRUPOS DE RIESGO EN LA REACCIÓN ALÉRGICA AL LÁTEX**
MARÍA DEL CARMEN MERO YÉBENES, MARTA JIMÉNEZ DE LOS GALANES ALCÁZAR, VICTOR JOSE SANCHEZ GIMENEZ, ANDREA MARIA VALDEPEÑAS LAGUNA Y MÓNICA BALLESTEROS TOLEDO 149
- 30 PINZAMIENTO DEL CORDÓN UMBILICAL EN RECIÉN NACIDO A TÉRMINO**
EVA ALONSO GUADAMILLAS, MARÍA CHICANO MARTÍNEZ,
PAULA HERRÁIZ PINO, ANDREA GÁLLEGO ALISES Y MARIA ISABEL SOLERA ABAD 153
- 31 EDUCACIÓN SANITARIA EN EL PACIENTE DIABÉTICO**
LORENA DIAZ LOPEZ, MARIA ÁNGELES RAFAEL DE LA CRUZ LÓPEZ, TAMARA PALOMINO MARTIN, ALEJANDRO FERNÁNDEZ GARCÍA Y MIRIAM CASARES BENITO 157
- 32 ENFERMERÍA EN LA IDENTIFICACIÓN Y ACTUACIÓN EN UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA**
ALICIA PERAIRA MORAL, HERNÁN GARCÍA-OCHOA SEGUIDO,
LAURA GARCÍA PUÑAL, FABIOLA MARTÍNEZ ÁVILA Y ALICIA MANRIQUE RUIZ 163
- 33 ENFERMERÍA Y LA TERAPIA CON CÉLULAS CAR-T**
ALICIA PERAIRA MORAL, HERNÁN GARCÍA-OCHOA SEGUIDO,
LAURA GARCÍA PUÑAL, FABIOLA MARTÍNEZ ÁVILA Y ALICIA MANRIQUE RUIZ 167

34	ENFERMERÍA HABLA SOBRE LA INTERVENCIÓN DEL DIAGNÓSTICO A UN PACIENTE CON ANOREXIA NERVIOSA ALICIA PERAIRA MORAL, HERNÁN GARCÍA-OCHOA SEGUIDO, LAURA GARCÍA PUÑAL, FABIOLA MARTÍNEZ ÁVILA Y ALICIA MANRIQUE RUIZ	171
35	ATENCIÓN AVANZADA DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON ENFERMEDAD CEREBRAL O ICTUS CLAUDIA LERIN PEREZ, VERONICA DÍAZ ROSILLO, MARIA LASHERAS CACHO, LAURA LOPEZ BLASCO Y SARAY JIMENEZ ALAVA	175
36	MANEJO DEL PROLAPSO DE CORDÓN UMBILICAL MARÍA CHICANO MARTÍNEZ, EVA ALONSO GUADAMILLAS, ANDREA GÁLLEGO ALISES, MARIA ISABEL SOLERA ABAD Y PAULA HERRÁIZ PINO	187
37	EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS CON MUCOSITIS ORAL JAVIER MOLINA INIESTA, CARLOS MOLINA INIESTA, NURIA GOMEZ JARILLO, JOSE LUIS MOLINA INIESTA Y MARIA ISABEL INIESTA TEBAR	195
38	EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL EN MUJERES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA JAVIER MOLINA INIESTA, NURIA GOMEZ JARILLO, JOSE LUIS MOLINA INIESTA, CARLOS MOLINA INIESTA Y MARIA ISABEL INIESTA TEBAR	199
39	EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y EL SÍNDROME DE REYE EN EL USO DE ASPIRINAS JAVIER MOLINA INIESTA, CARLOS MOLINA INIESTA, JOSE LUIS MOLINA INIESTA, NURIA GOMEZ JARILLO Y MARIA ISABEL INIESTA TEBAR	203

40 ENFERMERÍA ANTE LAS PACIENTES CON DIABETES EN EL EMBARAZO	
NURIA BARON ALMANSA, MARÍA DEL CARMEN NÚÑEZ CABANILLAS, YOLANDA TRAPERO MORENO, YOLANDA TORRES ORTEGA Y ESTHER MARÍA RODRIGO MARÍN	207
41 DESARROLLO POR ENFERMERÍA DE LA RELEVANCIA EN SALUD DE LAS VACUNAS	
NURIA BARON ALMANSA, MARÍA DEL CARMEN NÚÑEZ CABANILLAS, YOLANDA TRAPERO MORENO, YOLANDA TORRES ORTEGA Y ESTHER MARÍA RODRIGO MARÍN	211
42 VALORES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y SU RELACIÓN CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA	
NURIA BARON ALMANSA, MARÍA DEL CARMEN NÚÑEZ CABANILLAS, YOLANDA TRAPERO MORENO, YOLANDA TORRES ORTEGA Y ESTHER MARÍA RODRIGO MARÍN	217
43 TAREAS DEL ENFERMERO EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA	
ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO, CAROLINA CAMPOS PÉREZ, MARTA MARÍN RUIZ, ALBA LÓPEZ-PELÁEZ Y CRISTINA DONAIRE RIVERA	221
44 PAPEL DE LA ENFERMERA ANTE LAS URGENCIAS POR MORDEDURAS DE PERRO, GATO Y HUMANO	
BELÉN GARCÍA CUETO	225
45 TAREAS DEL ENFERMERO EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DOMICILIARIA	
MARTA MARÍN RUIZ, ALBA LÓPEZ-PELÁEZ, CRISTINA DONAIRE RIVERA, CAROLINA CAMPOS PÉREZ Y ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO	229
46 TAREAS DEL ENFERMERO EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DOMICILIARIA	
MARTA MARÍN RUIZ, ALBA LÓPEZ-PELÁEZ, CRISTINA DONAIRE RIVERA, CAROLINA CAMPOS PÉREZ Y ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO	235

47	ENFERMERÍA Y LA VALORACIÓN NUTRICIONAL EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO, RAQUEL DÍAZ ALMAZÁN, MARIA JOSE TRUJILLO LÓPEZ, ESTER GARCÍA CEBRIÁN Y CARMEN MUÑOZ GUZMÁN	241
48	ENFERMERÍA DE URGENCIAS. LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE LA TENSIÓN ARTERIAL NO INVASIVA ANGELA NAZARET SEGOVIA RUBISCO, ANA ISABEL MOLINA MATITO, AMPARO GOMEZ ESPINOSA, VANESA LÓPEZ DEL PRADO PARDO Y IRENE CAMACHO RODRIGUEZ	245
49	ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR O ICTUS IRENE LOPEZ DE LA RIVA	249
50	POLITRAUMATISMO: CONSECUENCIAS Y ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA IRENE LOPEZ DE LA RIVA	253
51	ACTUACIÓN URGENTE DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE QUEMADO IRENE LOPEZ DE LA RIVA	257
52	ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS DE HERIDAS QUIRÚRGICAS JOSE LUIS MARTINEZ GOMEZ, TAMARA OLIVA LEÓN, DAVID FUENTES FERNANDEZ, MOHAMED EL AZZOUZI NASSIRI Y NEREA CABALLERO CALERO	263
53	ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA JOSE LUIS MARTINEZ GOMEZ, TAMARA OLIVA LEÓN, DAVID FUENTES FERNANDEZ, MOHAMED EL AZZOUZI NASSIRI Y NEREA CABALLERO CALERO	267
54	ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS A UN PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA JOSE LUIS MARTINEZ GOMEZ, TAMARA OLIVA LEÓN, DAVID FUENTES FERNANDEZ, MOHAMED EL AZZOUZI NASSIRI Y NEREA CABALLERO CALERO	271

55 EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL SHOCK ANAFILÁCTICO EN EL PACIENTE ADULTO	
ISABEL RUESCAS CALLEJA, MARIA LUISA ROMERO ALONSO Y DAMIÁN MARTÍNEZ CIFUENTES	277
56 NECESIDADES ASISTENCIALES EN EL CUIDADO DEL PACIENTE GERIÁTRICO PARA UN CUIDADO PERSONALIZADO E INTEGRAL	
LIRIA CHAMORRO RUFO, SONIA BRICEÑO GARCÍA, SANDRA CASTELLANOS CUEVAS, LOURDES SEGOVIA GARCÍA DE MARINA Y MARIA CRUCES RODRÍGUEZ PERAL LÓPEZ ASTILLEROS	285
57 INFLUENCIA DEL CONTROL Y MANEJO DE LAS SITUACIONES DE URGENCIA EN EL PACIENTE PALIATIVO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.	
CRISTINA SERRANO MOVILLA, MONTSERRAT COMINO BRUNNER, ELSA MOLINERO CASTAÑEDA, LOURDES IZQUIERDO MINGUEZ Y SARA CASTELLANOS CASTRO	295
58 ABORDAJE DE QUEMADURAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA: DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO UTILIZANDO DOMINATE	
MARIA ISABEL SOLERA ABAD, PAULA HERRÁIZ PINO, ANDREA GÁLLEGO ALISES, EVA ALONSO GUADAMILLAS Y MARÍA CHICANO MARTÍNEZ	301
59 MONITORIZACIÓN EN EL ÁREA QUIRÚRGICA	
NAOMI RAQUEL DOMÍNGUEZ VALDIVIEZO	307
60 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	
DAMIÁN MARTÍNEZ CIFUENTES, ISABEL RUESCAS CALLEJA Y MARIA LUISA ROMERO ALONSO	313
61 CASO CLÍNICO. OSTEOSÍNTESIS EN FRACTURA DE HÚMERO PROXIMAL	
IRENE CAMACHO RODRIGUEZ, ANGELA NAZARET SEGOVIA RUBISCO, ANA ISABEL MOLINA MATITO, AMPARO GOMEZ ESPINOSA Y VANESA LÓPEZ DEL PRADO PARDO	317

62 RELACIÓN DE FUNCIONES DEL ENFERMERO EN EL ABORTO DOMICILIARIO	
AIXA CASILDAS GÓMEZ, BEATRIZ RUIZ GALACHE, BEATRIZ APARICIO ÁLVAREZ, MARIA ISABEL RUS ORTEGA Y ZAHIRA JIMÉNEZ MUÑOZ	321
63 RELACIÓN DE FUNCIONES DEL ENFERMERO EN EL DEBUT DIABÉTICO QUE SE PRODUCE EN EL NIÑO	
AIXA CASILDAS GÓMEZ, BEATRIZ RUIZ GALACHE, BEATRIZ APARICIO ÁLVAREZ, MARIA ISABEL RUS ORTEGA Y ZAHIRA JIMÉNEZ MUÑOZ	325
64 RELACIÓN DE FUNCIONES DEL ENFERMERO EN LA BRONQUIOLITIS INFANTIL	
AIXA CASILDAS GÓMEZ, BEATRIZ RUIZ GALACHE, BEATRIZ APARICIO ÁLVAREZ, MARIA ISABEL RUS ORTEGA Y ZAHIRA JIMÉNEZ MUÑOZ	331
65 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ANATOMIA DE LA COLUMNA LUMBAR PARA ENFERMERÍA	
TAMARA NOVA VALERO, CELIA SÁNCHEZ CASAS, LISAIDA REINA TRUJILLO, ANA ISABEL MOYA RINCÓN Y ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ	335
66 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ENFERMERÍA DEL TRABAJO Y ERGONOMÍA	
TAMARA NOVA VALERO, ANA ISABEL MOYA RINCÓN, CELIA SÁNCHEZ CASAS, ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ Y LISAIDA REINA TRUJILLO	339
67 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: PATOLOGIA DE LA COLUMNA APLICABLE A ENFERMERÍA	
TAMARA NOVA VALERO, CELIA SÁNCHEZ CASAS, LISAIDA REINA TRUJILLO, ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ Y ANA ISABEL MOYA RINCÓN	343

- 68 EL GÉNERO COMO DETERMINANTE SOCIAL DE SALUD**
SONIA BRICEÑO GARCÍA, LIRIA CHAMORRO RUFO, SANDRA
CASTELLANOS CUEVAS, LOURDES SEGOVIA GARCÍA DE MARINA
Y MARIA CRUCES RODRÍGUEZ PERAL LÓPEZ ASTILLEROS 349
- 69 MEDIDAS BÁSICAS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA EL
GRADUADO EN ENFERMERÍA**
AINOA PEÑUELAS DE JULIÁN, ANDREA MURCIA VILLALBA, SARA
BASCUÑANA NIETO, MARIA RUIZ HOLGADO Y ANA CAROLINA
SANPABLO CAMPOS 355
- 70 PAPEL DE LA ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA
PROMOCIÓN DE LA NUTRICIÓN EN ADULTOS CON SOBREPESO
Y OBESIDAD**
AINOA PEÑUELAS DE JULIÁN, ANDREA MURCIA VILLALBA, SARA
BASCUÑANA NIETO, MARIA RUIZ HOLGADO Y ANA CAROLINA
SANPABLO CAMPOS 361
- 71 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN DESNUTRICIÓN
CRÓNICA**
AINOA PEÑUELAS DE JULIÁN, ANDREA MURCIA VILLALBA, SARA
BASCUÑANA NIETO, MARIA RUIZ HOLGADO Y ANA CAROLINA
SANPABLO CAMPOS 367
- 72 CASO CLÍNICO. CELULITIS INFECCIOSA**
IRENE CAMACHO RODRIGUEZ, ANGELA NAZARET SEGOVIA
RUBISCO, ANA ISABEL MOLINA MATITO, AMPARO GOMEZ
ESPINOSA Y VANESA LÓPEZ DEL PRADO PARDO 373
- 73 INTERVENCIONES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LAS
INTOXICACIONES TOXICOLÓGICAS**
SARA PAJARON BUENACHE, PATRICIA MELERO ALEGRIA, DANIEL
GARCÍA MARTÍNEZ, NOELIA CABEZA GARROTE Y CARLA
GEOVANNA LEVER 377

74	ERRORES DE MEDICACIÓN EN LA UNIDAD DE URGENCIAS POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO BEATRIZ JUSTO SÁNCHEZ, ROCIO DIAZ GUZMAN, LUCÍA ESCRIBANO ESCRIBANO, MARIA ROSA MARTINEZ HARO Y EVA MARÍA ÁLVAREZ CEVIDANES	381
75	AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO EN URGENCIAS BEATRIZ JUSTO SÁNCHEZ, ROCIO DIAZ GUZMAN, LUCÍA ESCRIBANO ESCRIBANO, MARIA ROSA MARTINEZ HARO Y EVA MARÍA ÁLVAREZ CEVIDANES	389
76	LA IMPORTANCIA DEL PAPEL QUE DESEMPEÑA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE SITUACIONES DE DESASTRE JULIA LERIDA CAMUÑAS, FRANCISCO MAROTO ESTRADA, JAVIER MARTÍN MACÍAS, LAURA CAMACHO CUESTA Y NATALIA MARTÍN MACÍAS	395
77	EL TRIAJE EN LAS URGENCIAS Y EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN ESTE PROCESO JAVIER MARTÍN MACÍAS, FRANCISCO MAROTO ESTRADA, NATALIA MARTÍN MACÍAS, JULIA LERIDA CAMUÑAS Y LAURA CAMACHO CUESTA	401
78	EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL CUIDADO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS QUE RECIBEN QUIMIOTERAPIA SARA PAJARON BUENACHE, PATRICIA MELERO ALEGRIA, DANIEL GARCÍA MARTÍNEZ, NOELIA CABEZA GARROTE Y CARLA GEOVANNA LEVER	407
79	ACTUACIÓN DE LAS ENFERMERAS EN TRIAGE ANTE UN ICTUS ALBA SÁNCHEZ EXPÓSITO	411
80	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON GANGRENA DE FOURNIER SARA PAJARON BUENACHE, PATRICIA MELERO ALEGRIA, DANIEL GARCÍA MARTÍNEZ, NOELIA CABEZA GARROTE Y CARLA GEOVANNA LEVER	415

- 81 EL USO DE LA VÍA INTRAÓSEA FRENTE A LA VÍA INTRAVENOSA
EN LAS URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS POR
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA**
NOELIA GONZÁLEZ GARCÍA DE MATEOS, EVA ALONSO MORALES,
MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ ORTEGA, NOELIA VARGAS MUÑOZ
Y ANA SÁNCHEZ ROSILLO 419
- 82 TÉCNICA ECOGUIADA FRENTE A PUNCIÓN CIEGA EN LA
COLOCACIÓN DEL CATÉTER PICC EN UNA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS POR PROFESIONALES DE ENFERMERÍA**
NOELIA GONZÁLEZ GARCÍA DE MATEOS 425
- 83 CONTROL DEL DOLOR AGUDO ASOCIADO A CIRUGÍA
ABDOMINAL. EVALUACIÓN ENFERMERA DEL DOLOR
POSTQUIRÚRGICO.**
ANA SÁNCHEZ ROSILLO, EVA ALONSO MORALES, MARÍA DE LOS
ÁNGELES RUIZ ORTEGA, NOELIA GONZÁLEZ GARCÍA DE MATEOS
Y NOELIA VARGAS MUÑOZ 429
- 84 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UNA URGENCIA
PSIQUIÁTRICA: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
MARÍA DOLORES GALLEGOS ROSA, CORAL GARCÍA GUIJARRO,
TAMARA CABAÑERO CONTRERAS, GONZALO ALARCÓN
CARRERES Y MARÍA ÁNGELES MIÑANO ORTEGA 433
- 85 CASO CLÍNICO DISECCIÓN AÓRTICA**
CARLOS VERA HERVÁS, CARMEN MARÍA BRAVO FERNÁNDEZ,
ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO, MARÍA PÁRRAGA
FRANCISCO Y LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA 439
- 86 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL TRAUMATISMO TORÁCICO**
VIRGINIA MERINO GARCIA, FRANCISCO LÓPEZ CANO,
ALEXANDRA LAZAR, DAVID RONCERO GARCIA Y JULIA
CASTELLANOS FRANCO 445

87 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA CIRUGÍA DEL PACIENTE DIABÉTICO	
ESTHER NAVARRO GÓMEZ, FLORENTINA DIANA LAMBRU, VIRGINIA TAJUELO FLORES, ANA TRUEBA GONZÁLEZ Y ESPERANZA CARCHANO ALCARAZ	449
88 DESCONGESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS MEDIANTE LA ENFERMERA DE TRIAJE	
MARÍA ÁNGELES MIÑANO ORTEGA, CORAL GARCÍA GUIJARRO, TAMARA CABAÑERO CONTRERAS, GONZALO ALARCÓN CARRERES Y MARÍA DOLORES GALLEGRO ROSA	459
89 PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA REANIMACIÓN NEONATAL	
ESTHER NAVARRO GÓMEZ, FLORENTINA DIANA LAMBRU, VIRGINIA TAJUELO FLORES, ANA TRUEBA GONZÁLEZ Y ESPERANZA CARCHANO ALCARAZ	463
90 LA DETECCIÓN PRECOZ DE INTOXICACIONES EN URGENCIAS Y EL PAPEL DE ENFERMERÍA	
ESTHER NAVARRO GÓMEZ, FLORENTINA DIANA LAMBRU, VIRGINIA TAJUELO FLORES, ANA TRUEBA GONZÁLEZ Y ESPERANZA CARCHANO ALCARAZ	471
91 FIABILIDAD DE LOS SISTEMAS DE PUNTUACIÓN DE LA SEPSIS Y PAPEL DE ENFERMERÍA	
CARLOS VERA HERVÁS, CARMEN MARÍA BRAVO FERNÁNDEZ, ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO, LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA Y MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO	477
92 LA LESIÓN MEDULAR EN SITUACIONES DE EMERGENCIA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	
MARTA ALONSO GONZÁLEZ	495
93 INTOXICACIONES AGUDAS QUE PRECISAN EL SERVICIO DE URGENCIAS O INGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)	
MARTA ALONSO GONZÁLEZ	503

94	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE LAS PERSONAS CON LESIÓN MEDULAR: UN PROYECTO OBSERVACIONAL MARTA ALONSO GONZÁLEZ	509
95	PERSONAL DE ENFERMERÍA EXPONE UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA ENFERMEDAD DE HUNTINGTON BLANCA HERRERO ALCAIDE, ALBA LÓPEZ MARTIN, NATALIA AMATE ESCABIAS, LAURA VARGAS BEAMUD Y CELIA ARROYO MOLINA	515
96	LA ENFERMEDAD DE FIBROSIS QUÍSTICA DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA BLANCA HERRERO ALCAIDE, NATALIA AMATE ESCABIAS, LAURA VARGAS BEAMUD, CELIA ARROYO MOLINA Y ALBA LÓPEZ MARTIN	519
97	ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICA BLANCA HERRERO ALCAIDE, NATALIA AMATE ESCABIAS, ALBA LÓPEZ MARTIN, LAURA VARGAS BEAMUD Y CELIA ARROYO MOLINA	523
98	COMETIDO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON EXCESO DE COLESTEROL GRAVE PAULA MONREAL BRUNNER, NEREA MÁRQUEZ JIMÉNEZ, CAMILA MARÍA TERCERO ABAD, MARINA MORALES QUIRALTE Y ELENA MARTINEZ ALFARO	527
99	COMETIDO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUE SE LE COLOCA UN DESFRIBILADOR AUTOMÁTICO PAULA MONREAL BRUNNER, NEREA MÁRQUEZ JIMÉNEZ, CAMILA MARÍA TERCERO ABAD, MARINA MORALES QUIRALTE Y ELENA MARTINEZ ALFARO	531
100	COMETIDO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE AL QUE SE LE REALIZA UNA TOMOGRAFÍA POR POSITRONES PAULA MONREAL BRUNNER, NEREA MÁRQUEZ JIMÉNEZ, CAMILA MARÍA TERCERO ABAD, MARINA MORALES QUIRALTE Y ELENA MARTINEZ ALFARO	537

- 101 MANEJO Y ABORDAJE DE LAS DIFERENTES VÍAS AÉREAS
UTILIZADAS EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO: REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA**
SARA CASTELLANOS CASTRO, CRISTINA SERRANO MOVILLA,
MONTSERRAT COMINO BRUNNER, ELSA MOLINERO CASTAÑEDA
Y LOURDES IZQUIERDO MINGUEZ 541
- 102 TÉCNICA DE LAVADO GÁSTRICO**
LAURA CAMACHO CUESTA, FRANCISCO MAROTO ESTRADA,
JAVIER MARTÍN MACÍAS, NATALIA MARTÍN MACÍAS Y JULIA
LERIDA CAMUÑAS 547
- 103 ENFERMERÍA EN ONCOLOGÍA: FACTORES QUE INFLUYEN EN LA
RESPUESTA CELULAR ANTE LA RADIACIÓN**
BEATRIZ CASTILLO MONTEAGUDO 553
- 104 MANEJO DE LA HEMORRAGIA Y EL DOLOR EN EL PACIENTE
CON ÚLCERA TUMORAL**
GONZALO ALARCÓN CARRERES, MARÍA DOLORES GALLEGRO
ROSA, MARÍA ÁNGELES MIÑANO ORTEGA, CORAL GARCÍA
GUIJARRO Y TAMARA CABAÑERO CONTRERAS 557
- 105 RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE LA REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR Y EL NIVEL DE FATIGA DE LA PERSONA QUE
LA DESEMPEÑA: UN ANÁLISIS ENFERMERO.**
DAVID RONCERO GARCIA, VIRGINIA MERINO GARCIA, JULIA
CASTELLANOS FRANCO, FRANCISCO LÓPEZ CANO Y ALEXANDRA
LAZAR 565
- 106 BENEFICIOS SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DE MIDAZOLAM
INTRANASAL POR ENFERMERÍA EN LAS CRISIS CONVULSIVAS.**
DAVID RONCERO GARCIA, ALEXANDRA LAZAR, FRANCISCO
LÓPEZ CANO, VIRGINIA MERINO GARCIA Y JULIA CASTELLANOS
FRANCO 571

107 ACTUACION DE ENFERMERIA EN NEONATOS CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA	
MARI CARMEN RAMÍREZ DE ARELLANO GÓMEZ DEL PULGAR, CARMEN SANCHEZ MONTAÑES MARTIN POZUELO, ANTONIO GALIANO JURADO, LAURA ANDARIAS MORALEDA Y ANA MARÍA FERNÁNDEZ MORENO	577
108 FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN LA CONSULTA DE SALUD LABORAL DEL CENTRO HOSPITALARIO	
ANDREA TOLEDANO GORDO, GLORIA GARCÍA GUTIÉRREZ, MARTA DE BODAS DEL CERRO, ESTELA CID SANCHEZ Y MIGUEL SANCHEZ DE CASTRO GALINDO	581
109 FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN LA UCSI (UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO)	
ANDREA TOLEDANO GORDO, GLORIA GARCÍA GUTIÉRREZ, MARTA DE BODAS DEL CERRO, ESTELA CID SANCHEZ Y MIGUEL SANCHEZ DE CASTRO GALINDO	585
110 LA LABOR DE LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA	
ANDREA TOLEDANO GORDO, GLORIA GARCÍA GUTIÉRREZ, MARTA DE BODAS DEL CERRO, ESTELA CID SANCHEZ Y MIGUEL SANCHEZ DE CASTRO GALINDO	589
111 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SU ACTUACIÓN ANTE UN PACIENTE CON ESOFAGITIS	
ANTONIO GALIANO JURADO, LAURA ANDARIAS MORALEDA, ANA MARÍA FERNÁNDEZ MORENO Y CARMEN SANCHEZ MONTAÑES MARTIN POZUELO	593
112 DESFIBRILADOR EXTERNO SEMIAUTOMÁTICO	
MARIA ANGELA VALERO MANCEBO, RAQUEL MARTÍN GALLEG0, ALICIA MÁRQUEZ TRUJILLO, ESPERANZA SANCHEZ ORTIZ Y ANGEL LUIS LAGUNA CARRERO	597
113 ICTUS ISQUÉMICO Y LA IMPORTANCIA DE LA ENFERMERIA EN EL MANEJO EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN EN LA URGENCIA	
MARIA HORNA MARTINEZ	601

114 ATENCIÓN AL PARTO EXTRAHOSPITALARIO	
MARIA ANGELA VALERO MANCEBO, RAQUEL MARTÍN GALLEGO, ALICIA MÁRQUEZ TRUJILLO, ESPERANZA SANCHEZ ORTIZ Y ANGEL LUIS LAGUNA CARRERO	607
115 ENFERMERÍA EN ONCOLOGÍA: LOS AGENTES CARCINÓGENOS	
MARIA VICTORIA CASARRUBIOS CARRASCO	611
116 ENFERMERÍA Y DISFAGIA EN EL PACIENTE PEDIATRICO	
ADELA BLÁZQUEZ MORENO, MARÍA JOSE GABALDON CUENCA, CARMEN SANCHEZ QUINTANILLA Y JOSÉ FRANCISCO OVIEDO OVIEDO	615
117 EL DESEMPEÑO DE LA ENFERMERÍA CON PACIENTES QUE SUFREN DE HERNIA INGUINAL	
LORENA GUTIÉRREZ SAN CLEMENTE, BELEN MARTÍNEZ GARCÍA-NAVAS, SARA POZO SANTIAGO, JENNY DEL ROSARIO RAMOS CHIPANA Y MÓNICA BUENDÍA MARTÍNEZ	621
118 EL TRABAJO Y LOS CUIDADOS SANITARIOS DE LA ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA	
LORENA GUTIÉRREZ SAN CLEMENTE, MÓNICA BUENDÍA MARTÍNEZ, JENNY DEL ROSARIO RAMOS CHIPANA, SARA POZO SANTIAGO Y BELEN MARTÍNEZ GARCÍA-NAVAS	627
119 EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO SANITARIO DE LA ENFERMERÍA CON PACIENTES QUE SUFREN DE HIPERTENSIÓN	
LORENA GUTIÉRREZ SAN CLEMENTE, SARA POZO SANTIAGO, BELEN MARTÍNEZ GARCÍA-NAVAS, MÓNICA BUENDÍA MARTÍNEZ Y JENNY DEL ROSARIO RAMOS CHIPANA	633
120 REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) AVANZADA EN PEDRIATRÍA	
CARLOS VERA HERVÁS, CARMEN MARÍA BRAVO FERNÁNDEZ, ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO, LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA Y MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO	639

121 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	
GEMA BOTELLA ANDÚJAR, ANA MARÍA REOLID EGIDO Y VERÓNICA MORENO ESCRIBANO	649
122 PREVENCIÓN DE LESIONES DORSOLUMBARES PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	
GEMA BOTELLA ANDÚJAR, ANA MARÍA REOLID EGIDO Y VERÓNICA MORENO ESCRIBANO	653
123 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN HEMODIÁLISIS	
CARMEN INMACULADA LOPEZ DELICADO, ALMUDENA GARCÍA RAMIREZ, ROSA MARÍA GARCÍA RAMÍREZ, ANA BELÉN BERMUDEZ FERNANDEZ Y ISIDORA ROMÁN CASADO	657
124 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN CUIDADOS PALIATIVOS	
CARMEN INMACULADA LOPEZ DELICADO, ALMUDENA GARCÍA RAMIREZ, ROSA MARÍA GARCÍA RAMÍREZ, ANA BELÉN BERMUDEZ FERNANDEZ Y ISIDORA ROMÁN CASADO	661
125 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL QUIRÓFANO	
CARMEN INMACULADA LOPEZ DELICADO, ALMUDENA GARCÍA RAMIREZ, ROSA MARÍA GARCÍA RAMÍREZ, ANA BELÉN BERMUDEZ FERNANDEZ Y ISIDORA ROMÁN CASADO	665
126 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA	
MARIANGELES HIGUERA HERNANDEZ, MARÍA LÓPEZ CABAÑERO, NAZARET DE LA FUENTE DE LA FUENTE, TERESA ALFARO GONZÁLEZ Y M JOSE BONILLA DELGADO	669
127 EL PACIENTE QUEMADO Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	
MARIANGELES HIGUERA HERNANDEZ, MARÍA LÓPEZ CABAÑERO, NAZARET DE LA FUENTE DE LA FUENTE, TERESA ALFARO GONZÁLEZ Y M JOSE BONILLA DELGADO	673

- 128 LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
MARIANGELES HIGUERA HERNANDEZ, MARÍA LÓPEZ CABAÑERO,
NAZARET DE LA FUENTE DE LA FUENTE, TERESA ALFARO
GONZÁLEZ Y M JOSE BONILLA DELGADO 677
- 129 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LAS ACCIONES A DESARROLLAR ANTE PACIENTES CON PARADA CARDIORRESPIRATORIA**
LINA MARIET PATIÑO GONZALEZ, MARIA JOSE GONZALEZ
CAMACHO, MARIA ANGELES GARCIA DE MARINA FERNANDEZ,
ANA MARÍA ÁLVAREZ ALARCÓN Y MARTA GARCÍA SÁNCHEZ 681
- 130 EL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA COLOCACIÓN DEL SONDAGE NASOGÁSTRICO**
MARTA GARCÍA SÁNCHEZ, LINA MARIET PATIÑO GONZALEZ,
MARIA JOSE GONZALEZ CAMACHO, MARIA ANGELES GARCIA DE
MARINA FERNANDEZ Y ANA MARÍA ÁLVAREZ ALARCÓN 687
- 131 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON PACIENTES CON LESIÓN MEDULAR COMPLETA**
VERÓNICA MORENO ESCRIBANO, ANA MARÍA REOLID EGIDO Y
GEMA BOTELLA ANDÚJAR 691
- 132 EL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SUS FUNCIONES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**
ANA MARÍA ÁLVAREZ ALARCÓN, MARTA GARCÍA SÁNCHEZ,
LINA MARIET PATIÑO GONZALEZ, MARIA JOSE GONZALEZ
CAMACHO Y MARIA ANGELES GARCIA DE MARINA FERNANDEZ 695
- 133 INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**
RAQUEL PORTAS RIOS 699

- 134 INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA ADMISIÓN DE PACIENTES**
ANA MARIA RUIZ BALLESTEROS, LOURDES MARÍA GARCÍA CECA,
VANESSA LÓPEZ AGUILAR, MARÍA DEL PILAR GARCÍA
CONSUEGRA FERNÁNDEZ DE MARCOS Y NOELIA VILLACRECES
MUÑOZ 703
- 135 LOS USOS DE LAS MASCARILLAS PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
ANA MARIA RUIZ BALLESTEROS, LOURDES MARÍA GARCÍA CECA,
VANESSA LÓPEZ AGUILAR, MARÍA DEL PILAR GARCÍA
CONSUEGRA FERNÁNDEZ DE MARCOS Y NOELIA VILLACRECES
MUÑOZ 707
- 136 EL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**
YOLANDA SANTAELLA DIAZ, M^a NIEVES CUTANDA GARCIA,
NOHELIA ESTHER FERRUFINO ARRIAGA, FRANCISCA GOMEZ
MARTINEZ Y MERCY DEL ROCIO CHAVEZ ROMERO 711
- 137 EL CUIDADO A UN PACIENTE OSTOMIZADO POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
AZUCENA GOMEZ MIGUEL 715
- 138 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO**
ANA MARIA RUIZ BALLESTEROS, LOURDES MARÍA GARCÍA CECA,
VANESSA LÓPEZ AGUILAR, MARÍA DEL PILAR GARCÍA
CONSUEGRA FERNÁNDEZ DE MARCOS Y NOELIA VILLACRECES
MUÑOZ 719
- 139 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN SALA DE PARTOS**
JAIME PONCE ALFARO, JOSÉ FRANCISCO REQUENA CANO,
RAQUEL SÁNCHEZ GARCIA, FRANCISCO JOSÉ RUIZ-CORNEJO
MORENO Y MARIA CORTES MOLINA TORRALBA 723

- 140 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE)
EN LA ATENCIÓN A PACIENTES QUE NECESITAN CUIDADOS
PALIATIVOS**
ANA CELIA MENDOZA ARCAS, RAQUEL MARÍN PEÑA, ANGELES
SANCHEZ MESEGUER, CELIA LISON MARTINEZ Y PAMELA
MARTÍNEZ CARPENA 727
- 141 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) TRABAJANDO CON PACIENTES NEONATOS
EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
ANA CELIA MENDOZA ARCAS, RAQUEL MARÍN PEÑA, ANGELES
SANCHEZ MESEGUER, CELIA LISON MARTINEZ Y PAMELA
MARTÍNEZ CARPENA 731
- 142 ÚLCERAS POR DECÚBITO, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO
REALIZADO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA**
ANA CELIA MENDOZA ARCAS, RAQUEL MARÍN PEÑA, ANGELES
SANCHEZ MESEGUER, CELIA LISON MARTINEZ Y PAMELA
MARTÍNEZ CARPENA 737
- 143 PREVENCIÓN DE LA APARICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN
EL ANCIANO SANO. EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
NURIA CEPEDAL FERRER Y EMÉRITA ALLENDE ELVIRA 743
- 144 EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN**
CATALINA MORENO BRAVO, JOSEFA BELEN ABELLAN ABELLAN,
ASUNCION GONZALEZ TORRES, SAIRA PATRICIA MENDOZA
BELTRAN Y LORENA ROCIO CECA TAMUREJO 747
- 145 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN PRIMEROS AUXILIOS DE ASFIXIA Y ALTERACIONES
RESPIRATORIAS**
CATALINA MORENO BRAVO, ASUNCION GONZALEZ TORRES,
SAIRA PATRICIA MENDOZA BELTRAN, JOSEFA BELEN ABELLAN
ABELLAN Y LORENA ROCIO CECA TAMUREJO 753

- 146 EL TÉCNICO EN CUIDADO AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SONDAJE VESICAL**
CATALINA MORENO BRAVO, LORENA ROCIO CECA TAMUREJO,
SAIRA PATRICIA MENDOZA BELTRAN, JOSEFA BELEN ABELLAN
ABELLAN Y ASUNCION GONZALEZ TORRES 757
- 147 EL ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁREA DE NEUMOLOGÍA Y PULMONOLOGÍA**
ANGELA CLAUDIA NICOLAIESCU 763
- 148 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS**
ESTER MORENO MORA, MARÍA DEL PRADO MOLINA CLEMENTE,
ANA BELÉN FERNÁNDEZ RIVERA, ISABEL MATA ESCRIBANO Y
MARÍA ESTHER AGUILAR RUIZ 767
- 149 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DE UCI NEONATAL**
M^a NIEVES CUTANDA GARCIA, NOHELIA ESTHER FERRUFINO
ARRIAGA, FRANCISCA GOMEZ MARTINEZ, MERCY DEL ROCIO
CHAVEZ ROMERO Y YOLANDA SANTAELLA DIAZ 771
- 150 TIPOS DE MOBBING ENTRE LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL**
NURIA SANTOS FERNÁNDEZ, SORAIMA MARÍA HUERGO
FERNÁNDEZ, PILAR LÓPEZ BRAÑA, ANGELA QUIROGA
CASTELLANOS Y DAVID SUÁREZ GONZÁLEZ 775
- 151 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON EL PACIENTE PEDIÁTRICO. LA ACTIVIDAD DEL TCAE DURANTE LA HIGIENE DEL CORDÓN UMBILICAL**
MIRIAM PARIENTE GONZÁLEZ, CARMEN CÁRDENAS LARA, GEMA
ILLESCAS Y ROSA CARO GARCÍA 781

- 152 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN EL SERVICIO DE FARMACIA. FUNCIONES DEL TCAE EN
RELACIÓN CON EL ÁREA DE FARMACIA ASIGNADA
CARMEN CÁRDENAS LARA, GEMA ILLESCAS, ROSA CARO GARCÍA
Y MIRIAM PARIENTE GONZÁLEZ 785
- 153 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS.
FUNCIONES DEL TCAE CON EL PACIENTE INGRESADO EN EL
ÁREA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS
CARMEN CÁRDENAS LARA, GEMA ILLESCAS, ROSA CARO GARCÍA
Y MIRIAM PARIENTE GONZÁLEZ 791
- 154 PACIENTE CON QUEMADURAS
JOSÉ FRANCISCO REQUENA CANO, JAIME PONCE ALFARO,
RAQUEL SÁNCHEZ GARCIA, FRANCISCO JOSÉ RUIZ-CORNEJO
MORENO Y MARIA CORTES MOLINA TORRALBA 795
- 155 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN PACIENTES ANTE CRISIS EPILÉPTICAS Y CONVULSIVAS
GEORGINA FERNÁNDEZ MIRALBELL, MARIA CARMEN MAESTRE
GONZALEZ, MARIA JOSÉ CRUZ BARATO, LAURA GARCIA
NAVARRO Y PAULA GARCÍA MARTÍNEZ 801
- 156 EL ESTREÑIMIENTO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS Y EL
TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE):
ENEMAS
GEORGINA FERNÁNDEZ MIRALBELL, MARIA JOSÉ CRUZ BARATO,
PAULA GARCÍA MARTÍNEZ, LAURA GARCIA NAVARRO Y MARIA
CARMEN MAESTRE GONZALEZ 805
- 157 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: FUNCIONES
GEORGINA FERNÁNDEZ MIRALBELL, LAURA GARCIA NAVARRO,
MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ, MARIA JOSÉ CRUZ
BARATO Y PAULA GARCÍA MARTÍNEZ 809

- 158 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
Y LOS CUIDADO A PACIENTES EN SITUACIÓN TERMINAL.
PALIATIVOS Y DECESOS**
FRANCISCA GOMEZ MARTINEZ, M^a NIEVES CUTANDA GARCIA,
NOHELIA ESTHER FERRUFINO ARRIAGA, MERCY DEL ROCIO
CHAVEZ ROMERO Y YOLANDA SANTAELLA DIAZ 813
- 159 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
Y EL CUIDADO A LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN**
SILVIA JOVER SABARIEGOS, MARIA MERCEDES BONALES LÓPEZ,
JENNIFER PEREZ HERRERA, ELENA GÓMEZ PALOMO Y ROCIO
ROJO MERCHAN 817
- 160 EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) EN EL CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN
PRIMARIA**
CRISTINA CENCERRADO RUIZ, MIRIAM ABAD LÓPEZ, LAURA
ZARZA AVILA, FELICIDAD MEZCUA LOPEZ Y SILVIA ELENA ARCUS 821
- 161 EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN**
CRISTINA CENCERRADO RUIZ, MIRIAM ABAD LÓPEZ, LAURA
ZARZA AVILA, FELICIDAD MEZCUA LOPEZ Y SILVIA ELENA ARCUS 825
- 162 EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE PARITORIO**
CRISTINA CENCERRADO RUIZ, MIRIAM ABAD LÓPEZ, LAURA
ZARZA AVILA, FELICIDAD MEZCUA LOPEZ Y SILVIA ELENA ARCUS 829
- 163 ELECTROCARDIOGRAMA A PACIENTES ENCAMADOS Y LAS
FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA**
CATALINA POVEDA RUBIO, MARIA JULIANA BURILLO TOMAS,
CARLOS SEVILLA MARTÍNEZ, ARMANDO MARTÍN AMBROSIO Y
MARIA DE LA CRUZ MARTÍNEZ MARÍN 833

- 164 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN
LOS CENTROS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA**
CATALINA POVEDA RUBIO, MARIA JULIANA BURILLO TOMAS,
CARLOS SEVILLA MARTÍNEZ, ARMANDO MARTÍN AMBROSIO Y
MARIA DE LA CRUZ MARTÍNEZ MARÍN 837
- 165 PACIENTES CON NUTRICIÓN ENTERAL Y EL TÉCNICO DE
CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
CATALINA POVEDA RUBIO, MARIA JULIANA BURILLO TOMAS,
CARLOS SEVILLA MARTÍNEZ, ARMANDO MARTÍN AMBROSIO Y
MARIA DE LA CRUZ MARTÍNEZ MARÍN 841
- 166 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA EN HOSPITAL DE DÍA**
NURIA LOZANO ALGABA, MARIA DEL PILAR MARTINEZ MAESO,
DIEGO LÓPEZ PONCE, TAMARA BERTOL GÓMEZ Y ESPERANZA
GARCÍA-VAO MORAGA 845
- 167 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU
FUNCION EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS**
NURIA LOZANO ALGABA, MARIA DEL PILAR MARTINEZ MAESO,
DIEGO LÓPEZ PONCE, TAMARA BERTOL GÓMEZ Y ESPERANZA
GARCÍA-VAO MORAGA 849
- 168 LOS CUIDADOS POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON
OXIGENOTERAPIA**
NURIA LOZANO ALGABA, MARIA DEL PILAR MARTINEZ MAESO,
DIEGO LÓPEZ PONCE, TAMARA BERTOL GÓMEZ Y ESPERANZA
GARCÍA-VAO MORAGA 853
- 169 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) EN ATENCION PRIMARIA**
LUCIA PELAEZ NUÑEZ, GLORIA MARÍA ALCAIDE SIMÓN, ESTHER
MARIA CANO SANCHEZ - CARNERERO, LORENA CÉSPEDES
SIERRA Y SILVIA MARTÍN GARCÍA 857

- 170 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DENTRO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
LUCIA PELAEZ NUÑEZ, GLORIA MARÍA ALCAIDE SIMÓN, ESTHER MARIA CANO SANCHEZ - CARNERERO, LORENA CÉSPEDES SIERRA Y SILVIA MARTÍN GARCÍA 861
- 171 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN UNA CONSULTA DE PREANESTESIA DENTRO DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
LUCIA PELAEZ NUÑEZ, GLORIA MARÍA ALCAIDE SIMÓN, ESTHER MARIA CANO SANCHEZ - CARNERERO, LORENA CÉSPEDES SIERRA Y SILVIA MARTÍN GARCÍA 865
- 172 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL ESTUDIO DE UNA LESION MEDULAR EN UN PACIENTE HOSPITALIZADO**
EVA CAMAÑO GALLEGRO Y DULCE MARIA CAMÓN GONZÁLEZ 869
- 173 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN MEDICINA INTERNA DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
EVA CAMAÑO GALLEGRO Y DULCE MARIA CAMÓN GONZÁLEZ 873
- 174 BURNOUT EN EL PERSONAL DEL HOSPITAL: UNA REALIDAD CRECIENTE**
LILIANA LÓPEZ PASTOR, MARGARITA GÓMEZ FERNÁNDEZ, ARÁNZAZU GONZÁLEZ ZAPICO, MARÍA DEL CARMEN LÓPEZ ALONSO Y LAURA LLERA DIAZ 877
- 175 EL SERVICIO DE URGENCIAS Y LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
SONIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ 883

- 176 CÓDIGO PARADA RESPIRATORIA EN URGENCIAS Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
DIANA FLORES FERNÁNDEZ, JACOBO ARIAS LIZCANO, MARÍA TERESA RODRÍGUEZ AMORES, ESMERALDA AGUILAR MUÑOZ Y ELENA ROPERO MUELA 887
- 177 LA ORGANIZACIÓN DE LOS CARROS DE CURA DE ENFERMERÍA POR PARTE DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
DIANA FLORES FERNÁNDEZ, JACOBO ARIAS LIZCANO, MARÍA TERESA RODRÍGUEZ AMORES, ESMERALDA AGUILAR MUÑOZ Y ELENA ROPERO MUELA 891
- 178 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN DE MATERIAL DE CURAS**
DIANA FLORES FERNÁNDEZ, JACOBO ARIAS LIZCANO, MARÍA TERESA RODRÍGUEZ AMORES, ESMERALDA AGUILAR MUÑOZ Y ELENA ROPERO MUELA 895
- 179 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE PACIENTES TRATADOS CON OXIGENOTERAPIA Y SUS FUNCIONES**
BEATRIZ FERNANDEZ RODRIGUEZ, LETICIA ALHAMBRA CORONADO, ADELAIDA SANCHEZ SORIANO, ROCIO GUTIERREZ CARRASCO Y ANA BELÉN RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ 899
- 180 LA LABOR DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS TRATAMIENTOS DE TERMOTERAPIA Y CRIOTERAPIA**
BEATRIZ FERNANDEZ RODRIGUEZ, LETICIA ALHAMBRA CORONADO, ADELAIDA SANCHEZ SORIANO, ROCIO GUTIERREZ CARRASCO Y ANA BELÉN RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ 903
- 181 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU AYUDA EN LA LACTANCIA MATERNA**
BEATRIZ FERNANDEZ RODRIGUEZ, LETICIA ALHAMBRA CORONADO, ADELAIDA SANCHEZ SORIANO, ROCIO GUTIERREZ CARRASCO Y ANA BELÉN RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ 907

- 182 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
ANTE UNA PARADA CARDIORESPIRATORIA**
ISABEL MATA ESCRIBANO, MARÍA ESTHER AGUILAR RUIZ, ESTER
MORENO MORA, MARÍA DEL PRADO MOLINA CLEMENTE Y ANA
BELÉN FERNÁNDEZ RIVERA 911
- 183 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UNA HEMORRAGIA
EXTERNA DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL TÉCNICO EN
CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
EVA MARIA ALARCON AVELLANO, MARTA QUIRÓS CAÑAS Y
CATALINA ALMENDROS MESIAS 915
- 184 TÉCNICA DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR: FORMACIÓN
DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN
PRIMEROS AUXILIOS**
EVA MARIA ALARCON AVELLANO, CATALINA ALMENDROS
MESIAS Y MARTA QUIRÓS CAÑAS 919
- 185 EL CONTROL Y REGISTRO DE LAS CONSTANTES VITALES POR EL
TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
EVA MARIA ALARCON AVELLANO, MARTA QUIRÓS CAÑAS Y
CATALINA ALMENDROS MESIAS 923
- 186 EL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN EL PROCESO DEL SONDAJE NASOGÁSTRICO**
MARÍA ESTHER AGUILAR RUIZ, ESTER MORENO MORA, MARÍA
DEL PRADO MOLINA CLEMENTE, ANA BELÉN FERNÁNDEZ
RIVERA Y ISABEL MATA ESCRIBANO 927
- 187 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN
PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL**
DIANA GARCÍA DE LOS REYES, VICTORIA JIMÉNEZ SÁNCHEZ,
ISABEL CASTILLO PASCUAL, BELEN TORRESANO MOTA Y SARA
RIVERO CARMONA 931

- 188 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN LA ALIMENTACIÓN DEL NEONATO**
DIANA GARCÍA DE LOS REYES, VICTORIA JIMÉNEZ SÁNCHEZ,
ISABEL CASTILLO PASCUAL, BELEN TORRESANO MOTA Y SARA
RIVERO CARMONA 935
- 189 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
DIANA GARCÍA DE LOS REYES, VICTORIA JIMÉNEZ SÁNCHEZ,
ISABEL CASTILLO PASCUAL, BELEN TORRESANO MOTA Y SARA
RIVERO CARMONA 939
- 190 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA:
PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE ULCERAS POR PRESIÓN**
MARIA CORTES MOLINA TORRALBA, RAQUEL SÁNCHEZ GARCIA,
JAIME PONCE ALFARO, JOSÉ FRANCISCO REQUENA CANO Y
FRANCISCO JOSÉ RUIZ-CORNEJO MORENO 945
- 191 TAREAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA
HOSPITALARIA**
MARIA ISABEL BAÑARES GÓMEZ, MARÍA ROSA PRESTEL MARTÍN,
MARTA GOMEZ ROJAS, MARIA ESTRELLA SANCHEZ
CORROCHANO Y ANA MARÍN MUNUERA 949
- 192 TAREAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS**
MARIA ISABEL BAÑARES GÓMEZ, MARÍA ROSA PRESTEL MARTÍN,
MARTA GOMEZ ROJAS, MARIA ESTRELLA SANCHEZ
CORROCHANO Y ANA MARÍN MUNUERA 953
- 193 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL
SERVICIO DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA DE
TRAUMATOLOGÍA**
MARIA ISABEL BAÑARES GÓMEZ, MARÍA ROSA PRESTEL MARTÍN,
MARTA GOMEZ ROJAS, MARIA ESTRELLA SANCHEZ
CORROCHANO Y ANA MARÍN MUNUERA 957

194 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA ESTELA SUAREZ CAO	961
195 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA PATRICIA SÁNCHEZ MARTÍN, LUIS MIGUEL AZAÑA MORCUENDE, SARA MUÑOZ FERNÁNDEZ, MARÍA MARTÍN-FORERO MORA Y GABRIELA-VALY BIRLEA	965
196 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON CÁNCER GÁSTRICO PATRICIA SÁNCHEZ MARTÍN, SARA MUÑOZ FERNÁNDEZ, MARÍA MARTÍN-FORERO MORA, GABRIELA-VALY BIRLEA Y LUIS MIGUEL AZAÑA MORCUENDE	969
197 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CON ESTREÑIMIENTO: DESIMPACTACIÓN MANUAL DE HECES LORENA ANDRÉS DE LA FUENTE, VANESA ROMAN SEGURA, M ^a ÁNGELES VERGARA GARZÓN Y ANTONIA MARTÍNEZ CANO	973
198 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON EL PACIENTE VANESA ROMAN SEGURA, M ^a ÁNGELES VERGARA GARZÓN, ANTONIA MARTÍNEZ CANO Y LORENA ANDRÉS DE LA FUENTE	977
199 EL ROL DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EDUARDO FERNÁNDEZ GUERRA	981
200 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LAS CONSULTAS EXTERNAS JENNIFER PEREZ HERRERA, MARIA MERCEDES BONALES LÓPEZ, SILVIA JOVER SABARIEGOS, ELENA GÓMEZ PALOMO Y ROCIO ROJO MERCHAN	985

- 201**TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)
MARÍA DEL CARMEN JIMENEZ ZORNOZA, LUCRECIA FERNANDEZ GOMEZ-PIMPOLLO, REMEDIOS LOZANO TALAVERA Y EVA MARIA MARTÍNEZ CERRO 989
- 202**EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EL ICTUS Y SUS CONSECUENCIAS
MARÍA DEL CARMEN JIMENEZ ZORNOZA, LUCRECIA FERNANDEZ GOMEZ-PIMPOLLO, REMEDIOS LOZANO TALAVERA Y EVA MARIA MARTÍNEZ CERRO 995
- 203**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA CONSULTA EXTERNA DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA
ANA ISABEL NOTARIO MADRID, NATALIA LOPEZ GARCIA, MÓNICA ROSA MORENO LALIGA, BELÉN SANCHEZ RUIZ Y NICOLE CHICO CORRAL 1001
- 204**EL TÉCNICOS EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL QUIRÓFANO
MARÍA DEL CARMEN JIMENEZ ZORNOZA, LUCRECIA FERNANDEZ GOMEZ-PIMPOLLO, REMEDIOS LOZANO TALAVERA Y EVA MARIA MARTÍNEZ CERRO 1005
- 205**FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA TÉCNICA DE REALIZACIÓN DE LA INFILTRACIÓN PARA EL DOLOR
ANA ISABEL NOTARIO MADRID, NATALIA LOPEZ GARCIA, MÓNICA ROSA MORENO LALIGA, BELÉN SANCHEZ RUIZ Y NICOLE CHICO CORRAL 1011
- 206**ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA SALA DE REANIMACIÓN DE UN CENTRO HOSPITALARIO
ANA ISABEL NOTARIO MADRID, NATALIA LOPEZ GARCIA, MÓNICA ROSA MORENO LALIGA, BELÉN SANCHEZ RUIZ Y NICOLE CHICO CORRAL 1015

- 207** **LOS BEBÉS PREMATUROS Y LOS CUIDADOS POR PARTE DEL
TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
CARMEN RUIZ RUIZ, CRISTINA GARCÍA BLANCO, MARIANGELES
IBÁÑEZ GUERRERO, LAURA MARTÍNEZ CANTOS Y MARÍA
CONCEPCIÓN TENDERO AVILA **1019**
- 208** **EL FALLECIMIENTO DE UN PACIENTE EN LOS HOSPITALES Y LAS
FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERIA ANTE ESO**
CARMEN RUIZ RUIZ, CRISTINA GARCÍA BLANCO, MARIANGELES
IBÁÑEZ GUERRERO, LAURA MARTÍNEZ CANTOS Y MARÍA
CONCEPCIÓN TENDERO AVILA **1023**
- 209** **PACIENTE ALIMENTADO CON Sonda Y LA FUNCION DEL
TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
CARMEN RUIZ RUIZ, CRISTINA GARCÍA BLANCO, MARIANGELES
IBÁÑEZ GUERRERO, LAURA MARTÍNEZ CANTOS Y MARÍA
CONCEPCIÓN TENDERO AVILA **1027**
- 210** **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE)
ANTE LOS DRENAJES. CLASIFICACIÓN Y CUIDADOS DEL
PACIENTE PORTADOR DE DRENAJES**
M^a ÁNGELES VERGARA GARZÓN, ANTONIA MARTÍNEZ CANO,
LORENA ANDRÉS DE LA FUENTE Y VANESA ROMAN SEGURA **1033**
- 211** **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL
SÍNDROME DE BURN OUT**
ELENA GÓMEZ PALOMO, MARIA MERCEDES BONALES LÓPEZ,
SILVIA JOVER SABARIEGOS, JENNIFER PEREZ HERRERA Y ROCIO
ROJO MERCHAN **1037**
- 212** **TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE)
EN EL AMBITO SANITARIO: LA SALUD DEL PACIENTE Y
CONSTANTES VITALES**
JUDIT ESCUDERO RAMOS, GEMA COELLO, ROCIO CORAL
COLLADO GUTIERREZ, YOLANDA ROMERO DIAZ Y MARIA ELENA
DE LA TORRE OSSORIO **1041**

- 213 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE)
EN EL AMBITO SANITARIO DE CASTILLA LA MANCHA: TOMA DE
CONSTANTES VITALES-TENSIÓN ARTERIAL SISTOLICA Y
DIASTÓLICA**
JUDIT ESCUDERO RAMOS, GEMA COELLO, ROCIO CORAL
COLLADO GUTIERREZ, YOLANDA ROMERO DIAZ Y MARIA ELENA
DE LA TORRE OSSORIO 1045
- 214 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE):
HIPOXEMIA E HIPOXIA. OXIGENOTERAPIA Y PROTOCOLO DE
ACTUACIÓN**
JUDIT ESCUDERO RAMOS, GEMA COELLO, ROCIO CORAL
COLLADO GUTIERREZ, YOLANDA ROMERO DIAZ Y MARIA ELENA
DE LA TORRE OSSORIO 1049
- 215 LOS CUIDADOS POR PARTE DE UN TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE INGRESADO EN LA
UNIDAD DE CIRUGIA VASCULAR POR ARTERIOPATÍA**
MARÍA JOSÉ ALFARO SÁNCHEZ, LORENA GONZÁLEZ TERCERO,
LOURDES REDONDO SANTAMARÍA, MARIA JOSEFA JAEN GARCIA
Y MARIA CORTES CARREÑO LOSA 1053
- 216 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU
PAPEL EN EL MONITOREO DE LA DIURESIS DEL PACIENTE**
MARÍA JOSÉ ALFARO SÁNCHEZ, LORENA GONZÁLEZ TERCERO,
LOURDES REDONDO SANTAMARÍA, MARIA JOSEFA JAEN GARCIA
Y MARIA CORTES CARREÑO LOSA 1057
- 217 RELACIÓN DE FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DEL SUEÑO
HOSPITALARIA**
CLAUDIA REDONDO JIMÉNEZ, EUGENIA PARDO DE LA CUADRA,
LUCIA SANTOS ESCALONILLA, LUCÍA ELEZ MOLERO DE AVILA Y
TERESA SANCHEZ-DIEZMA 1061

- 218 RELACIÓN DE FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA HOSPITALARIA**
CLAUDIA REDONDO JIMÉNEZ, EUGENIA PARDO DE LA CUADRA, LUCIA SANTOS ESCALONILLA, LUCÍA ELEZ MOLERO DE AVILA Y TERESA SANCHEZ-DIEZMA **1065**
- 219 RELACIÓN DE FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE ALERGOLOGÍA**
CLAUDIA REDONDO JIMÉNEZ, EUGENIA PARDO DE LA CUADRA, LUCIA SANTOS ESCALONILLA, LUCÍA ELEZ MOLERO DE AVILA Y TERESA SANCHEZ-DIEZMA **1069**
- 220 ASPIRACIÓN GÁSTRICA EN URGENCIAS: ESTRATEGIAS Y CONSIDERACIONES CLÍNICAS**
SUSANA LEGASPI NOVO Y MARINA PONS VIGON **1073**
- 221 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN**
ESTRELLA TALENS GONZALEZ, ANA M TORIJA BARRAGÁN Y ANA ISABEL SORNICHERO ALARCÓN **1079**
- 222 EL ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL QUIRÓFANO**
ANA ISABEL SORNICHERO ALARCÓN, ESTRELLA TALENS GONZALEZ Y ANA M TORIJA BARRAGÁN **1083**
- 223 ACTUACIÓN URGENTE DEL TÉCNICO AUXILIAR EN ENFERMERÍA ANTE HEMORRAGIAS POSPARTO.**
MARIA JOSE ALVAREZ VEGAS **1087**
- 224 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE ENCAMADO Y LA IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS POSTURALES**
INMACULADA INIESTA SANCHEZ, HILDA ROSMERY PINTO MIRANDA, FRANCISCA BLAZQUEZ PLA, MARÍA JOSEFA MORCILLO VALERA Y ROCIO MORENO CHINCHILLA **1091**

- 225 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL SECRETO PROFESIONAL Y LA CONFIDENCIALIDAD EN EL AMBITO SANITARIO**
INMACULADA INIESTA SANCHEZ, HILDA ROSMERY PINTO
MIRANDA, FRANCISCA BLAZQUEZ PLA, MARÍA JOSEFA MORCILLO
VALERA Y ROCIO MORENO CHINCHILLA 1095
- 226 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON DIABETES**
INMACULADA INIESTA SANCHEZ, HILDA ROSMERY PINTO
MIRANDA, FRANCISCA BLAZQUEZ PLA, MARÍA JOSEFA MORCILLO
VALERA Y ROCIO MORENO CHINCHILLA 1099
- 227 MEDIDAS TERAPEÚTICAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UNA CRISIS DE EPILEPSIA**
JESSICA ALCALÁ VILLAR DEL SAZ, NURIA CÁRCELEN PÉREZ,
TOMÁS GARCÍA TENDERO, MERCEDES TENDERO ALARCON Y
OLGA NAVARRO CIFUENTES 1103
- 228 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**
JESSICA ALCALÁ VILLAR DEL SAZ, TOMÁS GARCÍA TENDERO,
MERCEDES TENDERO ALARCON, OLGA NAVARRO CIFUENTES Y
NURIA CÁRCELEN PÉREZ 1109
- 229 EL PERSONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SU ACTUACIÓN EN LA SALA DE CURAS DE UN HOSPITAL. EL CARRO DE CURAS**
ÚRSULA LÓPEZ GARCÍA, MARIA ROSANA ILLESCAS RODRIGUEZ,
SONIA GALINDO LOPEZ, JANIS SÁNCHEZ CORRAL Y PATRICIA
GONZÁLEZ PLASENCIA 1113
- 230 ACTUACIÓN DEL PERSONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN DENTRO DE UN HOSPITAL**
MARIA ROSANA ILLESCAS RODRIGUEZ, SONIA GALINDO LOPEZ,
JANIS SÁNCHEZ CORRAL, PATRICIA GONZÁLEZ PLASENCIA Y
ÚRSULA LÓPEZ GARCÍA 1117

- 231 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE INGRESADO CON INTOLERANCIA A LA LACTOSA**
PATRICIA SÁNCHEZ MARTÍN, GABRIELA-VALY BIRLEA, MARÍA MARTÍN-FORERO MORA, SARA MUÑOZ FERNÁNDEZ Y LUIS MIGUEL AZAÑA MORCUENDE 1121
- 232 CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ACV ISQUÉMICO**
JESSICA ALCALÁ VILLAR DEL SAZ, NURIA CÁRCELEN PÉREZ, OLGA NAVARRO CIFUENTES, TOMÁS GARCÍA TENDERO Y MERCEDES TENDERO ALARCON 1125
- 233 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PREPARACIÓN DEL MATERIAL DE UN CATÉTER VENOSO CENTRAL (CVC).**
ANA MARIA CIRSTOCEA 1131
- 234 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS. FUNCIONES Y CUIDADOS AL PACIENTE INGRESADO EN URGENCIAS**
HELENA LÓPEZ SÁNCHEZ, MARÍA JOSÉ SERRANO RUEDAS, MARÍA INMACULADA SÁNCHEZ DE LAS HERAS POLO, VERÓNICA PLAZA MORENO Y RAFAELA GONZÁLEZ GONZÁLEZ 1135
- 235 MEDIDAS DE AISLAMIENTO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PACIENTES CON ENFERMEDADES TRANSMISIBLES**
HELENA LÓPEZ SÁNCHEZ, MARÍA JOSÉ SERRANO RUEDAS, VERÓNICA PLAZA MORENO, MARÍA INMACULADA SÁNCHEZ DE LAS HERAS POLO Y RAFAELA GONZÁLEZ GONZÁLEZ 1141
- 236 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA, PRIMEROS AUXILIOS EN DIFERENTES SITUACIONES DE URGENCIAS Y EMERGENCIA**
HELENA LÓPEZ SÁNCHEZ, MARÍA INMACULADA SÁNCHEZ DE LAS HERAS POLO, VERÓNICA PLAZA MORENO, MARÍA JOSÉ SERRANO RUEDAS Y RAFAELA GONZÁLEZ GONZÁLEZ 1147

- 237EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN LOS CUIDADOS DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS EN
NIÑOS (BRONQUIOLITIS)
YOANA MUÑOZ CÓRDOBA, PEDRO ANTONIO DONOSO VALLE,
ROCÍO GÓMEZ CAMACHO, CARMEN GÓMEZ SÁNCHEZ Y MARÍA
JOSÉ PASAMONTES MARTÍN 1151
- 238EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN LOS CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES
PORTADORES DE SONDA DE GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA
PERCUTÁNEA (PEG)
YOANA MUÑOZ CÓRDOBA, PEDRO ANTONIO DONOSO VALLE,
ROCÍO GÓMEZ CAMACHO, CARMEN GÓMEZ SÁNCHEZ Y MARÍA
JOSÉ PASAMONTES MARTÍN 1157
- 239EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
ANTE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON HELICOBACTER
PYLORI
YOANA MUÑOZ CÓRDOBA, PEDRO ANTONIO DONOSO VALLE,
ROCÍO GÓMEZ CAMACHO, CARMEN GÓMEZ SÁNCHEZ Y MARÍA
JOSÉ PASAMONTES MARTÍN 1163
- 240COMETIDO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) EN LA TÉCNICA DE RECOGIDA DE ESPUTO
DEL PACIENTE
RAQUEL PIÑERO BLANCO, NURIA ALFARO LA ORDEN, PALOMA
GÓMEZ LÓPEZ SERRANO, NOELIA TORIJA GARCIA Y M.DOLORES
BARRIOS ACEITUNO 1167
- 241COMETIDO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) EN LA TÉCNICA DE RECOGIDA DE
EXUDADO DEL PACIENTE
RAQUEL PIÑERO BLANCO, NURIA ALFARO LA ORDEN, PALOMA
GÓMEZ LÓPEZ SERRANO, NOELIA TORIJA GARCIA Y M.DOLORES
BARRIOS ACEITUNO 1171

- 242COMETIDO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) EN LA RECOGIDA DEL EXUDADO VAGINAL
RAQUEL PIÑERO BLANCO, NURIA ALFARO LA ORDEN, PALOMA
GÓMEZ LÓPEZ SERRANO, NOELIA TORIJA GARCIA Y M.DOLORES
BARRIOS ACEITUNO 1177
- 243LA ENFERMEDAD PERIODONTAL Y LA ASISTENCIA DEL
HIGIENISTA BUCODENTAL
PATRICIA FLOREZ SEGOVIANO 1181
- 244CUIDADOS POST-MORTEM EN EL MEDIO HOSPITALARIO Y
PARTICIPACION DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE)
LILIAN SANDRA DE LA CRUZ GÁLVEZ 1185
- 245LA IMPORTANCIA DE CONOCER EL TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) LA ESCALA BRISTOL
LAURA MARTINEZ BENEITEZ 1189
- 246FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) DENTRO DE UN SERVICIO DE
ESTERILIZACIÓN DE UN CENTRO HOSPITALARIO
MARÍA DEL PRADO CONCEPCION CALVO RAMIREZ, MARIA
CONCEPCION OLIVAS SIMARRO, EVELIA CUÉLLAR MERINO,
MANUELA RAMOS PAREJO Y MÓNICA SÁNCHEZ DOS SANTOS 1193
- 247EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
DENTRO DEL SERVICIO DE CONSULTAS EXTERNAS DE UN
CENTRO HOSPITALARIO
MARÍA DEL PRADO CONCEPCION CALVO RAMIREZ, MARIA
CONCEPCION OLIVAS SIMARRO, EVELIA CUÉLLAR MERINO,
MANUELA RAMOS PAREJO Y MÓNICA SÁNCHEZ DOS SANTOS 1197
- 248EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DE UN CENTRO
HOSPITALARIO
MARÍA DEL PRADO CONCEPCION CALVO RAMIREZ, MARIA
CONCEPCION OLIVAS SIMARRO, EVELIA CUÉLLAR MERINO,
MANUELA RAMOS PAREJO Y MÓNICA SÁNCHEZ DOS SANTOS 1201

- 249 INICIACIÓN DE LOS PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
CRISTINA ARANA OSMÁ Y NURIA SÁNCHEZ MARTÍNEZ 1205
- 250 EL PAPEL DE LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL PROCEDIMIENTO DEL SONDAJE VESICAL PERMANENTE E INTERMITENTE**
CARMEN CID PARRO, LOURDES FERRERA CAMACHO, JUANA MARÍA BORNEZ MARTIN, NATALIA VILLALUENGA SEGOVIA Y IRENE RAMIREZ MARTIN 1209
- 251 EL PAPEL Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**
CARMEN CID PARRO, LOURDES FERRERA CAMACHO, NATALIA VILLALUENGA SEGOVIA, IRENE RAMIREZ MARTIN Y JUANA MARÍA BORNEZ MARTIN 1213
- 252 LAS FUNCIONES A DESARROLLAR POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL TRIAJE HOSPITALARIO**
CARMEN CID PARRO, LOURDES FERRERA CAMACHO, JUANA MARÍA BORNEZ MARTIN, NATALIA VILLALUENGA SEGOVIA Y IRENE RAMIREZ MARTIN 1217
- 253 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS CONSULTAS EXTERNAS: PAPEL QUE DESEMPEÑA EN ESTE SERVICIO**
JUANA JAVIERA CANO ROMERO, MARIA NIEVES GARCÍA MOLINA, ESPERANZA REQUENA ARENAS, MARÍA RAFAELA CALERO Y DELIA SANDRA RODRÍGUEZ BALLESTEROS 1221
- 254 FUNCIONES DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN MEDICINA INTERNA**
JUANA JAVIERA CANO ROMERO, MARIA NIEVES GARCÍA MOLINA, ESPERANZA REQUENA ARENAS, DELIA SANDRA RODRÍGUEZ BALLESTEROS Y MARÍA RAFAELA CALERO 1225

255	TRIAJE EN PACIENTE SOSPECHOSO DE COVID-19 JAVIER FERNÁNDEZ GARCÍA	1229
256	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA JUANA JAVIERA CANO ROMERO, MARIA NIEVES GARCÍA MOLINA, ESPERANZA REQUENA ARENAS, DELIA SANDRA RODRÍGUEZ BALLESTEROS Y MARÍA RAFAELA CALERO	1233
257	EL ÁREA DE REHABILITACIÓN FÍSICA Y EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA. JOSE SOTO GARCIA, NEREA DIAZ-CACHO GUTIÉRREZ, SANDRA MARTÍN ESTREMER, BEATRIZ ROJO MAYO Y DAVID ARROYO ORTEGA	1237
258	EL TABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS CUIDADOS DE HIGIENE Y LAVADO CORPORAL DE LOS PACIENTES ENCAMADOS JOSE SOTO GARCIA, DAVID ARROYO ORTEGA, BEATRIZ ROJO MAYO, SANDRA MARTÍN ESTREMER Y NEREA DIAZ-CACHO GUTIÉRREZ	1241
259	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS CUIDADOS EN EL PARITORIO HOSPITALARIO JOSE SOTO GARCIA, SANDRA MARTÍN ESTREMER, NEREA DIAZ-CACHO GUTIÉRREZ, DAVID ARROYO ORTEGA Y BEATRIZ ROJO MAYO	1247
260	EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON PACIENTES QUE HAN SUFRIDO UNA FRACTURA DE CADERA SHATNER ELVIS SOTO SOLIS, M° GEMA REBOLLO LOPESINO, LAURA PARREÑO LOPEZ, ANA MARÍA MERINO SALVANES Y MARÍA NIEVES CRESPO ROMERO	1253

- 261 LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS FUNCIONES EN UN TRASPLANTE DE CORAZÓN**
SHATNER ELVIS SOTO SOLIS, MARÍA NIEVES CRESPO ROMERO,
ANA MARÍA MERINO SALVANES, LAURA PARREÑO LOPEZ Y M°
GEMA REBOLLO LOPESINO 1259
- 262 LA PREPARACIÓN DE UN QUIRÓFANO PARA UNA INTERVENCIÓN DE RODILLA Y EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
SHATNER ELVIS SOTO SOLIS, LAURA PARREÑO LOPEZ, M° GEMA
REBOLLO LOPESINO, MARÍA NIEVES CRESPO ROMERO Y ANA
MARÍA MERINO SALVANES 1265
- 263 LAS FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EL PERSONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE RAYOS DE UN HOSPITAL.**
PATRICIA GONZÁLEZ PLASENCIA, ÚRSULA LÓPEZ GARCÍA,
MARIA ROSANA ILLESCAS RODRIGUEZ, SONIA GALINDO LOPEZ Y
JANIS SÁNCHEZ CORRAL 1271
- 264 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN URGENCIAS**
ANA M TORIJA BARRAGÁN, ESTRELLA TALENS GONZALEZ Y ANA
ISABEL SORNICHERO ALARCÓN 1275
- 265 EL PACIENTE CON INFARTO DE MIOCARDIO Y LA ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ELENA ROJAS RODRÍGUEZ, FRANCISCO JAVIER BLÁZQUEZ
PASCUAL, JOSÉ MANUEL ORTIZ HERNÁNDEZ, ARÁNZAZU
FERNÁNDEZ CHUECO Y KIOWA LÓPEZ -REY GÓMEZ 1279
- 266 EL PACIENTE CON SIDA Y LA ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ELENA ROJAS RODRÍGUEZ, FRANCISCO JAVIER BLÁZQUEZ
PASCUAL, JOSÉ MANUEL ORTIZ HERNÁNDEZ, ARÁNZAZU
FERNÁNDEZ CHUECO Y KIOWA LÓPEZ -REY GÓMEZ 1283

- 267 EL PACIENTE CON HEPATITIS A Y LA ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ELENA ROJAS RODRÍGUEZ, FRANCISCO JAVIER BLÁZQUEZ
PASCUAL, JOSÉ MANUEL ORTIZ HERNÁNDEZ, ARÁNZAZU
FERNÁNDEZ CHUECO Y KIOWA LÓPEZ -REY GÓMEZ 1287
- 268 PSICOLOGÍA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO**
ISIDRO ROBLES BLANCO 1291
- 269 EL PACIENTE CON DEPRESIÓN Y FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
AMOR FERNÁNDEZ FANJUL 1295
- 270 COMUNICACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON EL PACIENTE: AFRONTANDO SITUACIONES DIFÍCILES CON PACIENTES TERMINALES**
IRENE VILLAESCUSA ALFARO, MARI CARMEN TOMÁS NAVARRO,
SORAYA ESPEJO RUBIO, MERCEDES FERNÁNDEZ NIÑO Y ELENA
ELISABETA VLASE 1299
- 271 SONDAS NASOGÁSTRICAS EN LA PRÁCTICA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: TÉCNICAS, RETOS Y CUIDADOS ASOCIADOS**
IRENE VILLAESCUSA ALFARO, MARI CARMEN TOMÁS NAVARRO,
SORAYA ESPEJO RUBIO, MERCEDES FERNÁNDEZ NIÑO Y ELENA
ELISABETA VLASE 1305
- 272 EMERGENCIAS ACTUALES: UNA MIRADA PROFUNDA A LAS NUEVAS INTERVENCIONES Y PROTOCOLOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁMBITO DE URGENCIAS**
IRENE VILLAESCUSA ALFARO, MARI CARMEN TOMÁS NAVARRO,
SORAYA ESPEJO RUBIO, MERCEDES FERNÁNDEZ NIÑO Y ELENA
ELISABETA VLASE 1311

- 273 IMPORTANCIA DEL FISIOTERAPEUTA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**
SANDRA DON DARZA MARTIN, NADIA AGUILAR SOTOS, ANDREA CHOCANO LEAL, ADRIÁN AGUILERA ACEDO Y MONTSE R R AT MARTÍNEZ GARCÍA 1317
- 274 PAPEL DE FISIOTERAPEUTA OBSTÉTRICA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
ELENA MOLINA BODAS, MIGUEL TRUJILLO LÓPEZ, NEREA SORIA SANZ, JAVIER SÁNCHEZ REY PINARDO Y LUIS CARLOS MORENO SAIZ 1323
- 275 PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA CON EL USO DE LA DIATERMIA EN EL SUELO PÉLVICO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
MIGUEL TRUJILLO LÓPEZ, ELENA MOLINA BODAS, NEREA SORIA SANZ, JAVIER SÁNCHEZ REY PINARDO Y LUIS CARLOS MORENO SAIZ 1327
- 276 PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN USO DEL MÉTODO PILATES EN MUJERES RECUPERADAS DEL CÁNCER DE MAMA**
NEREA SORIA SANZ, ELENA MOLINA BODAS, MIGUEL TRUJILLO LÓPEZ, JAVIER SÁNCHEZ REY PINARDO Y LUIS CARLOS MORENO SAIZ 1331
- 277 ROL DE LA FISIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE QUEMADO**
DIEGO MEDINA CRESPO, ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO PORTUGUÉS Y JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS FERNÁNDEZ 1335
- 278 EL EFECTO DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA MEDIANTE TERAPIA MANUAL EN PACIENTES CON DOLOR LUMBAR: UNA REVISION SISTEMATICA**
ADRIÁN AGUILERA ACEDO, MONTSE R R AT MARTÍNEZ GARCÍA, SANDRA DON DARZA MARTIN, NADIA AGUILAR SOTOS Y ANDREA CHOCANO LEAL 1341

- 279**PRECISIÓN DE LAS REGLAS DE OTTAWA PARA PREDECIR
FRACTURAS EN EL TOBILLO Y PIE
ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO PORTUGUÉS, DIEGO MEDINA
CRESPO Y JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS FERNÁNDEZ 1347
- 280**EL PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN LA ENFERMEDAD DE
PARKINSON
JORGE RODRÍGUEZ ALCÁZAR, SILVIA VILLAR GOMEZ, JUDIT
GALDÓN MÁRQUEZ, CARMEN MARÍA GARCÍA MARTÍNEZ Y JESUS
GARCÍA MORENO 1351
- 281**EL PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN LAS LESIONES DEL HOMBRO
JORGE RODRÍGUEZ ALCÁZAR, JESUS GARCÍA MORENO, CARMEN
MARÍA GARCÍA MARTÍNEZ, JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ Y SILVIA
VILLAR GOMEZ 1355
- 282**EL PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN ATENCIÓN PRIMARIA
JORGE RODRÍGUEZ ALCÁZAR, JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ, SILVIA
VILLAR GOMEZ, CARMEN MARÍA GARCÍA MARTÍNEZ Y JESUS
GARCÍA MORENO 1359
- 283**ROL DEL FISIOTERAPEUTA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS NEONATALES (UCIN)
JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS FERNÁNDEZ, ELENA
RAMÍREZ DE ARELLANO PORTUGUÉS Y DIEGO MEDINA CRESPO 1363
- 284**CUADROS FEBRILES Y EXANTEMAS EN EDAD INFANTIL
COVADONGA SÁNCHEZ LÓPEZ 1371
- 285**INTERVENCIÓN DE FISIOTERAPIA Y SUS EFECTOS EN PACIENTES
CON LINFEDEMA TRAS HABER SUFRIDO CÁNCER DE MAMA:
UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA
ADRIÁN AGUILERA ACEDO, MONTSERRAT MARTÍNEZ GARCÍA,
SANDRA DONARZA MARTIN, NADIA AGUILAR SOTOS Y ANDREA
CHOCANO LEAL 1381

- 286EL TRABAJO DEL FISIOTERAPEUTA EN PACIENTES QUE HAN SUFRIDO DE PARÁLISIS BRAQUIAL OBSTÉTRICA**
RAFAEL BAEZA MONSALVE, SANDRA ARCAS DOMÍNGUEZ,
LAURA RODRIGUEZ LOZANO, JOSÉ VICENTE BELLÓN FLORES Y
GUILLERMO MARTÍNEZ RAMÍREZ 1387
- 287EL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN LAS SECUELAS DE PACIENTES QUE HAN REALIZADO UN PARTO POR CESÁREA**
RAFAEL BAEZA MONSALVE, GUILLERMO MARTÍNEZ RAMÍREZ,
JOSÉ VICENTE BELLÓN FLORES, LAURA RODRIGUEZ LOZANO Y
SANDRA ARCAS DOMÍNGUEZ 1393
- 288VALORACIÓN DE LA FISIOTERAPIA EN LAS LESIONES DE HOMBRO EN EL DEPORTE Y LAS READAPTACIONES DEPORTIVAS**
RAFAEL BAEZA MONSALVE, LAURA RODRIGUEZ LOZANO,
SANDRA ARCAS DOMÍNGUEZ, GUILLERMO MARTÍNEZ RAMÍREZ Y
JOSÉ VICENTE BELLÓN FLORES 1399
- 289PLAN DE INTERVENCIÓN FISIOTERÁPICO EN DISFUNCIÓN TEMPOROMANDIBULAR (DTM), TRATADO MEDIANTE TERAPIA MANUAL, EN PACIENTE DE MEDIANA EDAD**
PALOMA FERNÁNDEZ-VEGUE VEGA, CRISTINA HERRERO
MARTÍN, MARÍA FRANCISCA MANSILLA REBOTO, SONIA GARCÍA
GARCÍA Y LAURA ROMO DE LA LLAVE 1405
- 290EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA TORTÍCOLIS CONGÉNITA EN LACTANTES: UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR EN FISIOTERAPIA PEDIÁTRICA.**
PALOMA FERNÁNDEZ-VEGUE VEGA, LAURA ROMO DE LA LLAVE,
CRISTINA HERRERO MARTÍN, MARÍA FRANCISCA MANSILLA
REBOTO Y SONIA GARCÍA GARCÍA 1411
- 291RADICULOPATÍA LUMBOSACRA: ¿QUÉ ES Y CÓMO SE DIAGNOSTICA? CAUSAS, SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO.**
PALOMA FERNÁNDEZ-VEGUE VEGA, MARÍA FRANCISCA
MANSILLA REBOTO, LAURA ROMO DE LA LLAVE, CRISTINA
HERRERO MARTÍN Y SONIA GARCÍA GARCÍA 1417

- 292ABORDAJE MEDIANTE TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA PARÁLISIS FACIAL IDIOPÁTICA**
JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA, MARIO GARCÍA MARTÍN, SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA Y MIRIAN MORATO LÓPEZ 1423
- 293PACIENTE CRÍTICO, TRATAMIENTO HOSPITALARIO MEDIANTE MOVILIZACIÓN PRECOZ**
MIRIAN MORATO LÓPEZ, SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA, MARIO GARCÍA MARTÍN, JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA Y ANA MARÍA MARTÍN TALAVERA 1429
- 294RECUPERACIÓN TRAS PROSTATECTOMÍA TOTAL CON REHABILITACIÓN DE LA MUSCULATURA DEL SUELO PÉLVICO**
ALTEA VELASCO BARROSO, REMEDIOS GRANERO CAMPILLO, LIDIA CALONGE TIREZ, DANIEL MORALES MORENO Y MARÍA VILLALBA PUENTE 1435
- 295EL PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN LA ANTENCION DE PERSONAS AL FINAL DE LA VIDA**
ALTEA VELASCO BARROSO, REMEDIOS GRANERO CAMPILLO, LIDIA CALONGE TIREZ, DANIEL MORALES MORENO Y MARÍA VILLALBA PUENTE 1441
- 296CALIDAD DE VIDA EN EL LINFEDEMA POST-MASTECTOMÍA**
ALTEA VELASCO BARROSO, REMEDIOS GRANERO CAMPILLO, LIDIA CALONGE TIREZ, DANIEL MORALES MORENO Y MARÍA VILLALBA PUENTE 1445
- 297EFECTIVIDAD DE TERAPIA MANUAL EN PACIENTES CON ARTROSIS DE RODILLA**
SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA, MARIO GARCÍA MARTÍN, JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA Y MIRIAN MORATO LÓPEZ 1451
- 298FISIOTERAPIA EN UN PACIENTE QUE SUFRE UN CANCER DE PULMÓN**
LAURA LOPEZ SANCHEZ Y SERGIO GARCÍA PANIAGUA 1455
- 299EL FISIOTERAPEUTA EN ATENCIÓN PRIMARIA**
JAVIER SÁNCHEZ REY PINARDO Y SERGIO GARCÍA PANIAGUA 1459

300	MASAJE PERINEAL POR PARTE DEL FISIOTERAPEUTA SERGIO GARCÍA PANIAGUA	1463
301	MEDIDAS ANTICOVID POR PARTE DEL ODONTÓLOGO EN LA CONSULTA DENTAL M ^a TERESA ALONSO CARBAJAL	1467
302	CONSEJOS TRAS UNA EXTRACCIÓN DENTAL POR PARTE DEL ODONTÓLOGO M ^a TERESA ALONSO CARBAJAL	1471
303	PRIMEROS AUXILIOS PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO: SUICIDIO DANIEL GARCÍA GARCÍA	1475
304	LABORATORIO DE COAGULACIÓN, PRUEBAS DE URGENCIAS EN EL ESTUDIO DE LA HEMOSTASIA SECUNDARIA MOISÉS GAMO PASTOR	1483
305	FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN LA UNIDAD DE RADIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE TUMOR DE PULMÓN GLORIA CASTELLANOS DE LA ROSA, RAQUEL MADRID MARTINEZ Y NURIA ARAQUE GUERRERO	1487
306	FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN RADIOTERAPIA PARA EL TRATAMIENTO DE TUMORES CEREBRALES GLORIA CASTELLANOS DE LA ROSA, NURIA ARAQUE GUERRERO Y RAQUEL MADRID MARTINEZ	1491
307	FUNCIÓN DEL TÉCNICO Y PROCEDIMIENTO DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE RADIOTERAPIA EXTERNA GLORIA CASTELLANOS DE LA ROSA, NURIA ARAQUE GUERRERO Y RAQUEL MADRID MARTINEZ	1497
308	PRUEBAS DE LABORATORIO DEL VIRUS LINFOTRÓPICO DE CÉLULAS T HUMANAS (VLTH) PALOMA SÁNCHEZ SÁNCHEZ Y MÓNICA CAYETANO GONZÁLEZ	1503

- 309 EL PAPEL DEL TÉCNICO DE LABORATORIO EN DETERMINACIONES BIOQUÍMICAS DE LÍQUIDO SINOVIAL**
MÓNICA CAYETANO GONZÁLEZ Y PALOMA SÁNCHEZ SÁNCHEZ 1507
- 310 EL TÉCNICO DE LABORATORIO ANTE EL EPSTEIN-BARR**
ANA MARÍA VALENCIA LAGUNA, MANUELA GARCÍA ARIAS,
BEATRIZ RODRÍGUEZ BACETE, MARÍA DEL PILAR GARCÍA
MARTÍN Y MARÍA DOLORES GARCÍA UCEDA 1511
- 311 EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y EL ANÁLISIS DE MUESTRAS METALOGRAFICAS**
ANA MARÍA VALENCIA LAGUNA, MANUELA GARCÍA ARIAS,
BEATRIZ RODRÍGUEZ BACETE, MARÍA DEL PILAR GARCÍA
MARTÍN Y MARÍA DOLORES GARCÍA UCEDA 1515
- 312 EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y EL USO DEL AUTOCLAVE EN LOS LABORATORIOS CLÍNICOS**
ANA MARÍA VALENCIA LAGUNA, MANUELA GARCÍA ARIAS,
BEATRIZ RODRÍGUEZ BACETE, MARÍA DEL PILAR GARCÍA
MARTÍN Y MARÍA DOLORES GARCÍA UCEDA 1519
- 313 TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE LA RADIOGRAFÍA DE MAMA O MAMOGRAFÍA**
PAULA BURGALETA VÁZQUEZ, LAURA LÓPEZ ESCRIBANO, PAULA
CEA MARTINEZ, SARA LAZARO LOPEZ Y MARTA PIRE SOLAUN 1523
- 314 TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE UNA BIOPSIA MAMARIA**
PAULA BURGALETA VÁZQUEZ, LAURA LÓPEZ ESCRIBANO, PAULA
CEA MARTINEZ, SARA LAZARO LOPEZ Y MARTA PIRE SOLAUN 1527
- 315 EL TÉCNICO DE RAYOS EN LA COLOCACIÓN DE LA PRÓTESIS MAMARIA**
PAULA BURGALETA VÁZQUEZ, LAURA LÓPEZ ESCRIBANO, PAULA
CEA MARTINEZ, SARA LAZARO LOPEZ Y MARTA PIRE SOLAUN 1531

- 316 EL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE UNA ECOGRAFÍA EN EL SERVICIO**
LAURA VIVANCOS RODADO, SALVADOR ANSON RODRÍGUEZ,
LAURA GARCÍA OLANO, CORAL ROMERAL VERA Y PATRICIA
CELAYA ORFILA 1535
- 317 EL TÉCNICO DE RAYOS EN LAS DISTINTAS TÉCNICAS POR RESONANCIA MAGNÉTICA**
LAURA VIVANCOS RODADO, SALVADOR ANSON RODRÍGUEZ,
LAURA GARCÍA OLANO, CORAL ROMERAL VERA Y PATRICIA
CELAYA ORFILA 1539
- 318 EL TÉCNICO DE RAYOS EN LA RADIOFARMACIA**
LAURA VIVANCOS RODADO, SALVADOR ANSON RODRÍGUEZ,
LAURA GARCÍA OLANO, CORAL ROMERAL VERA Y PATRICIA
CELAYA ORFILA 1543
- 319 DETECCIÓN DEL CÓDIGO ICTUS CON TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA**
ANA GARCÍA MARÍN, ELVIRA ZAMORANO BARROSO, MARIBEL
CRELGO HERRERO, MARÍA SABINO AMADO Y ROCÍO LÓPEZ JESÚS 1547
- 320 TINCIÓN DE HEMATOXILINA ÁCIDA FOSFOTÚNGSTICA EN EL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA**
NATALIA VALERO ALONSO, INMACULADA DURÁN SÁNCHEZ,
DJOCKY MARINA EVITA VAZQUEZ, MARIA TERESA GIL
CASTILLEJO Y SARA VIOLERO CAÑAS 1551
- 321 BIOPSIAS DE PIEL EN EL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA**
NATALIA VALERO ALONSO, INMACULADA DURÁN SÁNCHEZ,
DJOCKY MARINA EVITA VAZQUEZ, MARIA TERESA GIL
CASTILLEJO Y SARA VIOLERO CAÑAS 1555
- 322 ANATOMÍA PATOLÓGICA ANTE UNA METÁSTASIS CARDÍACA**
NATALIA VALERO ALONSO, INMACULADA DURÁN SÁNCHEZ,
DJOCKY MARINA EVITA VAZQUEZ, MARIA TERESA GIL
CASTILLEJO Y SARA VIOLERO CAÑAS 1559

- 323 EL TÉCNICO SUPERIOR DE IMAGEN Y DIAGNÓSTICO EN EL ÁREA DE URGENCIAS**
MARIA CATALINA MEGIAS CASTILLO, REBECA TORRES DOMINGUEZ, LORENA ROCIO CECA TAMUREJO, CARLOS BENITA COTILLAS Y MARTA HERNANDEZ PARDO 1563
- 324 TÉCNICO EN HIGIENE BUCODENTAL Y EL CONTROL DE LAS INFECCIONES CRUZADAS**
MARÍA DEL CORAL LOZANO GUIJARRO, MIRIAM BERMEJO PEÑA, LUCIA PULPON AYUSO MORALES Y LAURA PLAZA BASCUÑANA 1567
- 325 EVALUACIÓN DEL SUELO PÉLVICO A TRAVES DE RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR POR EL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO**
ANA CARLOS ÁLVAREZ, JACOBO DIAZ ALONSO, ANDREA SANZ QUERENCIAS, ALVARO CAÑADA SANCHEZ Y JULIA GARRIDO RAMOS 1571
- 326 EL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN RIESGOS POCO FRECUENTES Y/O FRECUENTES EN RESONANCIA MAGNÉTICA CON CONTRASTE**
MARTA HERNANDEZ PARDO, REBECA TORRES DOMINGUEZ, CARLOS BENITA COTILLAS, MARIA CATALINA MEGIAS CASTILLO Y LORENA ROCIO CECA TAMUREJO 1575
- 327 ECOGRAFIA ABDOMINAL PEDIÁTRICA EN RADIOLOGÍA DE URGENCIAS: EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO**
CRISTINA POLONIO, LORENA MORÓN ROJAS, MIGUEL DAMAS CRUZ, JORGE VALERO MARTÍN Y LETICIA CERDEÑO DE PAZ 1579
- 328 EL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y EL CARRO DE PARADA EN LA SALA DE RESONANCIA MAGNÉTICA**
REBECA TORRES DOMINGUEZ, MARIA CATALINA MEGIAS CASTILLO, MARTA HERNANDEZ PARDO, CARLOS BENITA COTILLAS Y LORENA ROCIO CECA TAMUREJO 1583

- 329EL PAPEL DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO
CON EL PACIENTE PEDIÁTRICO EN RESONANCIA MAGNÉTICA**
JULIA GARRIDO RAMOS, ALVARO CAÑADA SANCHEZ, JACOBO
DIAZ ALONSO, ANA CARLOS ÁLVAREZ Y ANDREA SANZ
QUERENCIAS 1587
- 330EL ROL DEL TÉCNICO SUPERIOR DE IMAGEN PARA EL
DIAGNÓSTICO EN EL QUIRÓFANO**
LORENA MORÓN ROJAS, LETICIA CERDEÑO DE PAZ, CRISTINA
POLONIO, MIGUEL DAMAS CRUZ Y JORGE VALERO MARTÍN 1591
- 331LA IMPORTANCIA DE LA RADIOLOGÍA CONVENCIONAL EN
TRAUMATOLOGÍA Y EL PAPEL QUE DESEMPEÑA EL TÉCNICO DE
IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO**
MIGUEL DAMAS CRUZ, LETICIA CERDEÑO DE PAZ, CRISTINA
POLONIO, LORENA MORÓN ROJAS Y JORGE VALERO MARTÍN 1595
- 332FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LAS RADIACIONES
TIPO ALFA**
GUILLERMO BIELSA ALCAIDE, AZALEA ESTEBAN LÓPEZ,
FRANCISCO CALDERON BARQUERO, NEREA SALCEDO
DOMÍNGUEZ Y MARÍA ISABEL GERICÓ SÁNCHEZ 1599
- 333EQUIPO RADIOLÓGICO Y PAPEL DEL TÉCNICO DE
RADIODIAGNÓSTICO EN LA VERTEBROPLASTIA**
MARÍA SABINO AMADO, ANA GARCÍA MARÍN, ELVIRA
ZAMORANO BARROSO, MARIBEL CRELGO HERRERO Y ROCÍO
LÓPEZ JESÚS 1603
- 334FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LAS TÉCNICAS CON
RADIACIÓN BETA**
GUILLERMO BIELSA ALCAIDE, AZALEA ESTEBAN LÓPEZ,
FRANCISCO CALDERON BARQUERO, NEREA SALCEDO
DOMÍNGUEZ Y MARÍA ISABEL GERICÓ SÁNCHEZ 1611
- 335CONTRASTES RADIOLÓGICOS Y SU USO EN RADIOLOGÍA**
MARIBEL CRELGO HERRERO, ANA GARCÍA MARÍN, ELVIRA
ZAMORANO BARROSO, MARÍA SABINO AMADO Y ROCÍO LÓPEZ
JESÚS 1615

- 336 FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LAS TÉCNICAS CON RADIACIÓN GAMMA**
GUILLERMO BIELSA ALCAIDE, AZALEA ESTEBAN LÓPEZ,
FRANCISCO CALDERON BARQUERO, NEREA SALCEDO
DOMÍNGUEZ Y MARÍA ISABEL GERICÓ SÁNCHEZ 1623
- 337 EL TRABAJADOR SOCIAL Y LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS EN EL HOSPITAL**
MARIA INMACULADA GARCIA CUTANDA, SANDRA CARRASCO
OJEDA, GLORIA PANIAGUA LEAL, ANA PARRAS VACAS Y MARÍA
DEL PRADO ALBA MEDINA 1627
- 338 LA IMPORTANCIA DEL INFORME SOCIAL EN EL TRABAJO EN RED**
MARIA INMACULADA GARCIA CUTANDA, SANDRA CARRASCO
OJEDA, GLORIA PANIAGUA LEAL, ANA PARRAS VACAS Y MARÍA
DEL PRADO ALBA MEDINA 1631
- 339 EL TRABAJO SOCIAL: SUS PRINCIPALES FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD**
MARIA INMACULADA GARCIA CUTANDA, GLORIA PANIAGUA
LEAL, MARÍA DEL PRADO ALBA MEDINA, ANA PARRAS VACAS Y
SANDRA CARRASCO OJEDA 1635
- 340 PROTECCIÓN DEL HIGIENISTA BUCODENTAL ANTE UNA RADIOGRAFÍA ODONTOLÓGICA**
LAURA PLAZA BASCUÑANA, MARÍA DEL CORAL LOZANO
GUIJARRO, MIRIAM BERMEJO PEÑA Y LUCIA PULPON AYUSO
MORALES 1639
- 341 REALIZACIÓN DE CT DE TÓRAX**
ROCÍO LÓPEZ JESÚS, ANA GARCÍA MARÍN, MARIBEL CRELGO
HERRERO, ELVIRA ZAMORANO BARROSO Y MARÍA SABINO
AMADO 1643
- 342 FUNCIONES DEL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS**
INMACULADA DURAN AMOROS, JESÚS MARTÍN ROLDÁN,
VANESSA QUIROGA MINAYA, NEREA CIDFUENTES JIMÉNEZ Y ANA
MARIN PUERTA 1647

- 343 FUNCIONES DEL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO
EN RADIOLOGÍA PORTÁTIL**
INMACULADA DURAN AMOROS, JESÚS MARTÍN ROLDÁN,
VANESSA QUIROGA MINAYA, NEREA CIDFUENTES JIMÉNEZ Y ANA
MARIN PUERTA 1653
- 344 FUNCIONES DEL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO
EN QUIRÓFANO**
INMACULADA DURAN AMOROS, JESÚS MARTÍN ROLDÁN,
VANESSA QUIROGA MINAYA, ANA MARIN PUERTA Y NEREA
CIDFUENTES JIMÉNEZ 1657
- 345 EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL
DIAGNÓSTICO EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA CEREBRAL
FUNCIONAL**
ALVARO CAÑADA SANCHEZ, ANDREA SANZ QUERENCIAS, JULIA
GARRIDO RAMOS, ANA CARLOS ÁLVAREZ Y JACOBO DIAZ
ALONSO 1661
- 346 TÉCNICAS DE VISUALIZACIÓN MICROSCÓPICA DE BACTERIAS
EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA. EXAMEN EN FRESCO.
TINCIONES: CLASIFICACIÓN Y APLICACIONES**
ADOLFO TRIJUEQUE GARCIA, M ISABEL MORENA ESPADA, ANA
ISABEL ANDINO HERRERA, SANDRA FERNÁNDEZ SERRANO Y
JORGE MENA GONZALEZ 1665
- 347 MEDIOS DE CULTIVOS. TIPOS, CLASIFICACIÓN, ENUMERACIÓN
Y UTILIZACIÓN DE LOS MISMOS. TÉCNICAS DE INOCULACIÓN,
INCUBACIÓN Y RECUENTO DE UNA MUESTRA BIOLÓGICA EN
UN MEDIO DE CULTIVO**
ADOLFO TRIJUEQUE GARCIA, M ISABEL MORENA ESPADA, ANA
ISABEL ANDINO HERRERA, SANDRA FERNÁNDEZ SERRANO Y
JORGE MENA GONZALEZ 1675

- 348**DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO SEROLÓGICO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS BACTERIANAS. TÉCNICAS INMUNOLÓGICAS UTILIZADAS EN EL LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS**
ADOLFO TRIJUEQUE GARCIA, M ISABEL MORENA ESPADA, ANA ISABEL ANDINO HERRERA, SANDRA FERNÁNDEZ SERRANO Y JORGE MENA GONZALEZ 1685
- 349**LA REALIZACIÓN DE UNA RADIOGRAFÍA DE RODILLA**
DIHIA MAMMERI PÉREZ 1695
- 350**LA HISTEROSALPINGOGRAFÍA: UNA PRUEBA DE IMAGEN ÚTIL PARA LA DETECCIÓN DE PATOLOGÍAS Y TUMORES DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO**
JOSEFA BONACHE VIVANCOS 1699
- 351**¿SON EFECTIVOS LOS SISTEMAS DE RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR?**
JORGE MARTINEZ ALVAREZ 1705
- 352**INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS PREVENTIVOS DE LA NEUMONÍA POR ASPIRACIÓN EN EL PACIENTE MAYOR**
MONTSERRAT CUESTA ARIAS 1709
- 353**EVALUACIÓN POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DE LA EFECTIVIDAD DE LAS TÉCNICAS DE ENSEÑANZA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD ENTRE PACIENTES DIABÉTICOS**
FERNANDO REDONDO MORENO, CARMEN RUS MENESES GARVI, JAVIER TALAVERA GARCIA, VERÓNICA CUARTERO ESCRIBANO Y GLORIA MARÍA MORENO GALAN 1715
- 354**ESTRATEGIAS DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) PARA LA GESTIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES POSOPERATORIOS**
FERNANDO REDONDO MORENO, CARMEN RUS MENESES GARVI, JAVIER TALAVERA GARCIA, VERÓNICA CUARTERO ESCRIBANO Y GLORIA MARÍA MORENO GALAN 1721

- 355 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN EL CUIDADO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES
INFECCIOSAS**
FERNANDO REDONDO MORENO, CARMEN RUS MENESES GARVI,
JAVIER TALAVERA GARCIA, VERÓNICA CUARTERO ESCRIBANO Y
GLORIA MARÍA MORENO GALAN 1727
- 356 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
SIENDO ASISTENTE DE ENFERMERÍA EN UNIDAD DE QUEMADOS**
RAJAA FRITAH FRITAH, JENIFER GREGORIO MARTÍN, LAURA
RAMÍREZ GARCÍA, ISRAEL CHARNECO BERNAL Y MARÍA JESÚS
ESCOBAR MANZANARES 1733
- 357 PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGÍA**
RAJAA FRITAH FRITAH, JENIFER GREGORIO MARTÍN, LAURA
RAMÍREZ GARCÍA, ISRAEL CHARNECO BERNAL Y MARÍA JESÚS
ESCOBAR MANZANARES 1737
- 358 IMPORTANCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA EN LAS ENDOSCOPIAS**
RAJAA FRITAH FRITAH, JENIFER GREGORIO MARTÍN, LAURA
RAMÍREZ GARCÍA, ISRAEL CHARNECO BERNAL Y MARÍA JESÚS
ESCOBAR MANZANARES 1741
- 359 ANÁLISIS DE POSIBLES ERRORES EN EL PROCESAMIENTO DE
GASOMETRÍAS EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS**
MÓNICA ÁLVAREZ MINAYO, NATALIA GARCIA GUTIERREZ,
ADELA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, M^a DE LOS ANGELES
FERNÁNDEZ LOBETO Y JOSE LUIS GETINO GUTIERREZ 1745
- 360 TEST DE EMBARAZO Y DETECCIÓN DE GONADOTROPINA
CORIÓNICA HUMANA (HCG) EN EL LABORATORIO**
ESMERALDA ORTIZ RODA, ANA LEÓN AROCO, ROSA MARÍA
CAMUÑAS IMEDIO, FÁTIMA UCENDO QUINTANAR Y JULIÁN DEL
OLMO MORENO ARRONES 1749

- 361 PRUEBAS PARA IDENTIFICAR STAPHYLOCOCCUSA AUREUS (SA)
Y SU IMPORTANCIA EN EL LABORATORIO**
ESMERALDA ORTIZ RODA, ANA LEÓN AROCO, JULIÁN DEL OLMO
MORENO ARRONES, FÁTIMA UCENDO QUINTANAR Y ROSA
MARÍA CAMUÑAS IMEDIO 1753
- 362 TINCIÓN DE ESPORAS EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA**
ESMERALDA ORTIZ RODA, ANA LEÓN AROCO, FÁTIMA UCENDO
QUINTANAR, ROSA MARÍA CAMUÑAS IMEDIO Y JULIÁN DEL
OLMO MORENO ARRONES 1757
- 363 TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA ESTEREOTÁCTICA: CÁNCER
DE PÁNCREAS METASTÁSICO**
ISABEL GARCÍA AGUDIN 1761
- 364 EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO Y LA
ESTERILIZACIÓN DE LA SALA DE RADIODIAGNÓSTICO Y EL
INSTRUMENTAL**
ROSAIDA ABREU TERRERO, SERGIO FUENTES MARÍN, SONIA
SANCHEZ RUIZ, MARTA PERETE DÍAZ Y MARÍA DE LEÓN
ESCAMILLA 1765
- 365 EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO Y LA
REALIZACIÓN DE UNA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX**
ROSAIDA ABREU TERRERO, SERGIO FUENTES MARÍN, SONIA
SANCHEZ RUIZ, MARTA PERETE DÍAZ Y MARÍA DE LEÓN
ESCAMILLA 1769
- 366 EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO Y LAS
MEDIDAS DE PROTECCIÓN PROFESIONAL RADIOLÓGICAS**
ROSAIDA ABREU TERRERO, SERGIO FUENTES MARÍN, SONIA
SANCHEZ RUIZ, MARTA PERETE DÍAZ Y MARÍA DE LEÓN
ESCAMILLA 1773
- 367 ACTIVIDADES DEL CELADOR EN URGENCIAS HOSPITALARIAS**
JULIA GARCÍA FERNÁNDEZ, ROSA MAZUECOS MUÑOZ, JOSE
ANTONIO GARCÍA GARCÍA, SONIA MARÍA MUÑOZ Y JOSE FCO
NOGUERAS GARCIA 1777

- 368 EL CELADOR Y LA MOVILIZACIÓN DEL SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO DEL PACIENTE**
JULIA GARCÍA FERNÁNDEZ, ROSA MAZUECOS MUÑOZ, JOSE ANTONIO GARCÍA GARCÍA, SONIA MARÍA MUÑOZ Y JOSE FCO NOGUERAS GARCIA 1781
- 369 EL CELADOR Y SU CONOCIMIENTO DE LA RCP**
JULIA GARCÍA FERNÁNDEZ, ROSA MAZUECOS MUÑOZ, JOSE ANTONIO GARCÍA GARCÍA, SONIA MARÍA MUÑOZ Y JOSE FCO NOGUERAS GARCIA 1787
- 370 EL PROFESIONAL MECÁNICO Y ELECTRICISTA PERTENECIENTE A GESTIÓN Y SERVICIOS, EQUIPO DE MANTENIMIENTO DEL CENTRO HOSPITALARIO Y EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO EN EL SERVICIO DE LAVANDERÍA DEL CENTRO HOSPITALARIO**
IVAN ESPARTERO MUÑOZ, LUIS MIGUEL DEL FRESNO SÁNCHEZ, DAVID SANCHEZ CAMBRONERO, HONORATO LOZANO MOYA Y JOSÉ LUIS CASADO APARICIO 1791
- 371 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU ACTUACIÓN EN LA TRAMITACIÓN DE QUEJAS Y RECLAMACIONES**
MARÍA DOLORES MARTÍNEZ VICENTE, ANA BELÉN BASCUÑANA GARCÍA, MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA, MARTA ISABEL MOSET MOLINA Y YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ 1795
- 372 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA ATENCIÓN AL PACIENTE**
MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA, MARTA ISABEL MOSET MOLINA, YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ, MARÍA DOLORES MARTÍNEZ VICENTE Y ANA BELÉN BASCUÑANA GARCÍA 1799
- 373 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ANTE EN EL INGRESO DEL PACIENTE EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA, MARTA ISABEL MOSET MOLINA, YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ, MARÍA DOLORES MARTÍNEZ VICENTE Y ANA BELÉN BASCUÑANA GARCÍA 1803

- 374 MATERIALES FERROSOS Y NO FERROSOS QUE HAN DE UTILIZAR MECÁNICOS Y ELECTRICISTAS DEL GRUPO DE GESTIÓN Y SERVICIOS**
JOSÉ LUIS CASADO APARICIO, LUIS MIGUEL DEL FRESNO SÁNCHEZ, DAVID SANCHEZ CAMBRONERO, HONORATO LOZANO MOYA Y IVAN ESPARTERO MUÑOZ 1807
- 375 FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE LABORATORIO**
JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO, JOSÉ MARIA JIMÉNEZ LOZANO, MARIA JULIA ROMERO LUJAN, MARIA DEL PILAR VILLOLDO JAREÑO Y DELFINA MARGARITA ORTIZ QUIROS 1811
- 376 FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE PARITORIO**
JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO, JOSÉ MARIA JIMÉNEZ LOZANO, MARIA DEL PILAR VILLOLDO JAREÑO, MARIA JULIA ROMERO LUJAN Y DELFINA MARGARITA ORTIZ QUIROS 1815
- 377 FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA**
JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO, JOSÉ MARIA JIMÉNEZ LOZANO, MARIA DEL PILAR VILLOLDO JAREÑO, MARIA JULIA ROMERO LUJAN Y DELFINA MARGARITA ORTIZ QUIROS 1819
- 378 INSTALACIONES DE INTERCOMUNICACIÓN EN HOSPITALES, POR ELECTRICISTAS Y MECÁNICOS PERTENECIENTES A GESTIÓN Y SERVICIOS**
LUIS SANTIAGO LAGUNA CANO, MANUEL JIMÉNEZ ALMOGUERA, JUAN GIJÓN MERCHAN, PEDRO JAVIER DÍAZ YÉBENES Y JUAN RODRIGUEZ CHAPARRO 1823
- 379 PRINCIPIOS PREVENTIVOS BÁSICOS EN LA FUNCIÓN DE MANTENIMIENTO DEL MECÁNICO Y ELECTRICISTA PERTENECIENTES AL GRUPO DE GESTIÓN Y SERVICIOS HOSPITALARIOS**
HONORATO LOZANO MOYA, IVAN ESPARTERO MUÑOZ, LUIS MIGUEL DEL FRESNO SÁNCHEZ, DAVID SANCHEZ CAMBRONERO Y JOSÉ LUIS CASADO APARICIO 1827

- 380 LA IMPORTANCIA DE LA SEGURIDAD ELÉCTRICA EN QUIRÓFANOS, FUNCIÓN PROFESIONAL ELECTRICISTA Y MECÁNICO PERTENECIENTES AL EQUIPO DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO**
JUAN RODRIGUEZ CHAPARRO, LUIS SANTIAGO LAGUNA CANO, MANUEL JIMÉNEZ ALMOGUERA, JUAN GIJÓN MERCHAN Y PEDRO JAVIER DÍAZ YÉBENES 1831
- 381 INSTALACIONES DE PARARRAYOS EN CENTROS SANITARIOS, LA NTE-IPP PARARRAYOS, POR EL PERSONAL ELECTRICISTA Y MECÁNICO PERTENECIENTE A LA CATEGORÍA DE GESTIÓN Y SERVICIOS**
MANUEL JIMÉNEZ ALMOGUERA, JUAN GIJÓN MERCHAN, PEDRO JAVIER DÍAZ YÉBENES, JUAN RODRIGUEZ CHAPARRO Y LUIS SANTIAGO LAGUNA CANO 1835
- 382 EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DURANTE EL INGRESO DE UN PACIENTE EN LA UNIDAD. FUNCIONES DEL PERSONAL SUBALTERNO**
SANDRA CAÑADILLA ORTIZ, ANTONIO MIGUEL RODRIGUEZ FERNANDEZ, ANTONIO RODRIGUEZ MÁRQUEZ, ALEJANDRO ANGEL GIL Y MARÍA ELENA ÁNGEL GIL 1839
- 383 EL PERSONAL SUBALTERNO EN LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS Y GINECOLÓGICAS**
SANDRA CAÑADILLA ORTIZ, ANTONIO MIGUEL RODRIGUEZ FERNANDEZ, ANTONIO RODRIGUEZ MÁRQUEZ, ALEJANDRO ANGEL GIL Y MARÍA ELENA ÁNGEL GIL 1843
- 384 EL PINCHE DE COCINA Y LAS TOXIINFECCIONES ALIMENTARIAS EN UNA COCINA HOSPITALARIA**
RAQUEL CÓZAR GARCÍA, CARMEN MARÍA SÁNCHEZ CIFUENTES, MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA, MARTA ISABEL MOSET MOLINA Y YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ 1847

- 385EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y EL PRINCIPIO DE LA MARCHA ADELANTE**
CARMEN MARÍA SÁNCHEZ CIFUENTES, MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA, MARTA ISABEL MOSET MOLINA, YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ Y RAQUEL CÓZAR GARCÍA 1851
- 386EL PINCHE DE COCINA Y EL ENVASADO DENTRO DE UNA COCINA HOSPITALARIA**
CARMEN MARÍA SÁNCHEZ CIFUENTES, MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA, MARTA ISABEL MOSET MOLINA, YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ Y RAQUEL CÓZAR GARCÍA 1855
- 387EL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA**
VALENTÍN VILLANUEVA GARCÍA, ANA MARÍA VALLE DÍAZ, MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ, NOELIA VILLALBA ALFARO Y ALEJANDRO VILLALBA ALFARO 1859
- 388EL CELADOR Y SU FUNCIÓN EN LA PLANTA DE PEDIATRÍA Y NEONATOS**
VALENTÍN VILLANUEVA GARCÍA, ANA MARÍA VALLE DÍAZ, MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ, NOELIA VILLALBA ALFARO Y ALEJANDRO VILLALBA ALFARO 1863
- 389EL CELADOR Y SU ACTUACIÓN EN LAS URGENCIAS**
VALENTÍN VILLANUEVA GARCÍA, ANA MARÍA VALLE DÍAZ, MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ, NOELIA VILLALBA ALFARO Y ALEJANDRO VILLALBA ALFARO 1867
- 390EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL CALEFACTOR DE CENTROS HOSPITALARIOS ¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE?**
ALFONSO LÓPEZ BEAMUD, ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR, LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO, PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS Y FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ 1871

- 391 PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL CALEFACTOR Y EL SISTEMA DE CLIMATIZACIÓN EN QUIRÓFANOS**
FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ, ALFONSO LÓPEZ BEAMUD, PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS, ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR Y LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO 1875
- 392 EL CALEFACTOR: LA SUSTITUCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LOS PURGADORES Y LAS VÁLVULAS DE LAS CALDERAS DE UN HOSPITAL**
FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ, PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS, ALFONSO LÓPEZ BEAMUD, LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO Y ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR 1879
- 393 EL PERSONAL SUBALTERNO DURANTE LA TRANSFERENCIA DEL PACIENTE EN EL CENTRO SANITARIO. FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y EN LAS PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN DURANTE LA TRANSFERENCIA DEL PACIENTE**
ANTONIO RODRIGUEZ MÁRQUEZ, ALEJANDRO ANGEL GIL, MARÍA ELENA ÁNGEL GIL, SANDRA CAÑADILLA ORTIZ Y ANTONIO MIGUEL RODRIGUEZ FERNANDEZ 1883
- 394 EL CELADOR EN FARMACIA**
MARÍA JOSÉ DE LA TORRE ARROYO 1887
- 395 EL PERSONAL DE FONTANERÍA Y LAS FUNCIONES QUE PRESTA EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
MIGUEL VELASCO TORRES, ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR, LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO, FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ Y PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS 1891
- 396 EL PERSONAL DE FONTANERÍA Y LA REPARACIÓN DE LAS TUBERIAS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
MIGUEL VELASCO TORRES, ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR, LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO, FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ Y PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS 1895

- 397 EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL FONTANERO Y LAS HERRAMIENTAS UTILIZADAS EN REPARACIONES Y AVERÍAS EN HOSPITALES**
MIGUEL VELASCO TORRES, ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR, LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO, FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ Y PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS 1899
- 398 EL ELECTRICISTA Y LA ADAPTACIÓN DE LA ILUMINACIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL HOSPITAL**
ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ, SERGIO GARCÍA ZAMORA, RAMÓN SERRANO LÓPEZ, JOAQUIN HERNÁNDEZ LÓPEZ Y ALFONSO LÓPEZ BEAMUD 1903
- 399 PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL ELECTRICISTA Y LA INTERPRETACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LOS CUADROS ELÉCTRICOS DE UN HOSPITAL**
ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ, SERGIO GARCÍA ZAMORA, ALFONSO LÓPEZ BEAMUD, RAMÓN SERRANO LÓPEZ Y JOAQUIN HERNÁNDEZ LÓPEZ 1907
- 400 SISTEMAS DE TRIAJE EN URGENCIAS**
MARÍA TRINIDAD SIMÓN COLMENERO 1911
- 401 EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNÓSTICO EN LA TÉCNICA ESTEREOTÁCTICA**
MANUEL INOCENCIO MORALES, EULALIA JARABO GARCÍA, SARA LÓPEZ LÓPEZ, MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ Y LAURA GARCIA NAVARRO 1915
- 402 EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNOSTICO EN LA REALIZACIÓN DE UNA GAMMAGRAFÍA DE TIROIDES**
MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ, EULALIA JARABO GARCÍA, SARA LÓPEZ LÓPEZ, LAURA GARCIA NAVARRO Y MANUEL INOCENCIO MORALES 1919

- 403EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNOSTICO EN LA GAMMAGRAFÍA ÓSEA**
MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ, LAURA GARCIA NAVARRO, EULALIA JARABO GARCÍA, MANUEL INOCENCIO MORALES Y SARA LÓPEZ LÓPEZ 1923
- 404PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL ELECTRICISTA EN TRABAJOS DE BAJA TENSIÓN DENTRO DEL ENTORNO SANITARIO. SEGURIDAD Y PROTECCIÓN**
RAMÓN SERRANO LÓPEZ, JOAQUIN HERNÁNDEZ LÓPEZ, SERGIO GARCÍA ZAMORA, ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ Y ALFONSO LÓPEZ BEAMUD 1927
- 405EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA EN LA ELABORACIÓN DE LA DIETA DE PROTECCIÓN ONCOLÓGICA**
MARÍA GLORIA ZAMORA DURÁN, ANGELA ZOMEÑO CHUMILLAS, ENCARNACION MARTINEZ MARTINEZ, YOLANDA VELASCO ESPEJO Y DAVID NAVARRO MASIP 1931
- 406EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA CON ASPERGER Y LA NECESIDAD DE UN COMPAÑERO/APOYO EN SU LABOR**
MARÍA GLORIA ZAMORA DURÁN, ANGELA ZOMEÑO CHUMILLAS, YOLANDA VELASCO ESPEJO, DAVID NAVARRO MASIP Y ENCARNACION MARTINEZ MARTINEZ 1935
- 407EL PINCHE DE COCINA Y LA LIMPIEZA INTERNA DE LOS CARROS ISOTÉRMICOS UTILIZADOS EN LA COCINA HOSPITALARIA**
MARÍA GLORIA ZAMORA DURÁN, ANGELA ZOMEÑO CHUMILLAS, ENCARNACION MARTINEZ MARTINEZ, YOLANDA VELASCO ESPEJO Y DAVID NAVARRO MASIP 1939
- 408PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL ELECTRICISTA Y EL MANTENIMIENTO DE UN MOTOR ELÉCTRICO EN LA LAVANDERÍA DE UN HOSPITAL**
RAFAEL JOSE DIAZ LOPEZ, JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ, ALFONSO MOLINES MARTINEZ, LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS Y CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ 1943

- 409 EL ELECTRICISTA COMO PERSONAL DE MANTENIMIENTO Y LA ADAPTACIÓN DE LA ILUMINACIÓN A LOS DISTINTOS PUESTOS DE TRABAJO DEL HOSPITAL**
RAFAEL JOSE DIAZ LOPEZ, LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS, ALFONSO MOLINES MARTINEZ, JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ Y CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ 1947
- 410 PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL ELECTRICISTA Y LOS PRINCIPIOS BASICOS DE LA ELECTROTECNIA**
RAFAEL JOSE DIAZ LOPEZ, LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS, ALFONSO MOLINES MARTINEZ, JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ Y CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ 1951
- 411 VESTIR Y DESVESTIR A UN PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. LA FUNCIÓN AUXILIAR DEL CELADOR AL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
JOSÉ DOMINGO LANZAS MARTÍNEZ, MARÍA DEL CARMEN RUBIO DIAZ, JOSE LUIS SANCHEZ JIMENEZ, CRISTINA ANTONAYA MORCILLO Y SEBASTIÁN NÚÑEZ VALERO 1955
- 412 EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ADMISIÓN DE URGENCIAS DEL HOSPITAL**
CARMEN MARÍA ZARCO TENDERO, M^a DEL PILAR CORTES MENDOZA Y LAURA MONTERO MARTÍNEZ 1959
- 413 EL ÁREA DE PLANCHADO DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LAS MÁQUINAS QUE SON UTILIZADAS HABITUALMENTE**
MARIA LLANOS SANCHEZ LOZANO, SANDRA MARTINEZ SANCHEZ, MARÍA NIEVES GARCÍA ALBUJER, MARÍA JOSÉ LARREY TENDERO Y MARIA JOSE CRESPO ZAFRA 1963
- 414 CONEXIÓN ENTRE HOSPITAL, LAVANDERÍA Y PLANCHA. CLASIFICACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA ROPA**
MARIA LLANOS SANCHEZ LOZANO, SANDRA MARTINEZ SANCHEZ, MARÍA NIEVES GARCÍA ALBUJER, MARÍA JOSÉ LARREY TENDERO Y MARIA JOSE CRESPO ZAFRA 1967

- 415 LA FORMA DE ACTUAR DEL SERVICIO DE PLANCHA DE UN HOSPITAL ANTE UN INCENDIO EN LAS INSTALACIONES**
MARIA LLANOS SANCHEZ LOZANO, SANDRA MARTINEZ SANCHEZ, MARÍA NIEVES GARCÍA ALBUJER, MARÍA JOSÉ LARREY TENDERO Y MARIA JOSE CRESPO ZAFRA 1971
- 416 LAS LABORES QUE DEBEN DE REALIZAR LOS CELADORES EN EL SERVICIO DE CONSULTAS EXTERNAS**
CARMEN MARÍA ABEJARO MONTES, DIEGO ARMANDO LAGUNO MARTÍN, RAQUEL GARRIDO RODRÍGUEZ, YOANA DÍAZ ROMERO Y ALICIA GARRIDO RODRÍGUEZ 1975
- 417 LAS FUNCIONES QUE DEBEN DE EJECUTAR LOS CELADORES EN EL SERVICIO DE RAYOS X**
CARMEN MARÍA ABEJARO MONTES, DIEGO ARMANDO LAGUNO MARTÍN, RAQUEL GARRIDO RODRÍGUEZ, YOANA DÍAZ ROMERO Y ALICIA GARRIDO RODRÍGUEZ 1979
- 418 LAS FUNCIONES QUE DEBEN DE REALZIAR LOS CELADORES EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN HOSPITALARIA**
CARMEN MARÍA ABEJARO MONTES, DIEGO ARMANDO LAGUNO MARTÍN, RAQUEL GARRIDO RODRÍGUEZ, YOANA DÍAZ ROMERO Y ALICIA GARRIDO RODRÍGUEZ 1983
- 419 EL CELADOR ANTE LOS PACIENTES TERMINALES Y LOS PACIENTES FALLECIDOS**
VICENTA CERRO NEVADO, FRANCISCO JOSE MORENO MONESCILLO, MARTA ISABEL MOSET MOLINA, YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ Y MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA 1987
- 420 EL PINCHE DE COCINA EN LA DISTRIBUCIÓN DE LOS CIRCUITOS DE LAS COCINAS DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
NOELIA VILLALBA ALFARO, ALFONSO GARCIA MARINA, FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ, MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ Y GLORIA MARTÍNEZ TARIN 1991

- 421 LA HISTORIA CLÍNICA Y SU GESTION POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
MARIA PILAR GOMEZ MARTIN, CARMEN MARIA MONTEJANO LOPEZ, CORNELIA ANA BISU, CRISTINA MORA GALÁN Y MARTA YOUSRI VÁZQUEZ 1995
- 422 LA FIGURA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO COMO PARTE INTEGRANTE DEL EQUIPO DEL SERVICIO DE ADMISION DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL**
MARIA PILAR GOMEZ MARTIN, CARMEN MARIA MONTEJANO LOPEZ, CORNELIA ANA BISU, CRISTINA MORA GALÁN Y MARTA YOUSRI VÁZQUEZ 1999
- 423 EL PINCHE DE COCINA EN LA CONSERVACION Y CONGELACIÓN DE ALIMENTOS FRÍOS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS**
NOELIA VILLALBA ALFARO, ALFONSO GARCIA MARINA, FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ, MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ Y GLORIA MARTÍNEZ TARIN 2003
- 424 EL PINCHE DE COCINA Y LA HIGIENE ALIMENTARIA EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS**
NOELIA VILLALBA ALFARO, ALFONSO GARCIA MARINA, FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ, MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ Y GLORIA MARTÍNEZ TARIN 2007
- 425 LA ATENCION PRESENCIAL Y TELEFONICA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**
CORNELIA ANA BISU, CARMEN MARIA MONTEJANO LOPEZ, CRISTINA MORA GALÁN, MARTA YOUSRI VÁZQUEZ Y MARIA PILAR GOMEZ MARTIN 2011
- 426 FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ARCHIVO Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA**
ESTEFANIA FLORES ALCOLEA, MARIA ANGELES PALACIOS AVILES, AMPARO VELA SANCHEZ-MANZANERO, ROSA MARIA MUÑOZ MAQUEDA Y GONZALO TEJERA DE EUSEBIO 2015

- 427EL CELADOR EN EL TRASLADO DE DOCUMENTOS Y OBJETOS DE
LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS**
VICENTA CERRO NEVADO, FRANCISCO JOSE MORENO
MONESCILLO, MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA, MARTA ISABEL
MOSET MOLINA Y YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ **2019**
- 428EL CELADOR Y SUS FUNCIONES PRINCIPALES EN EL
ANIMALARIO DE UN HOSPITAL**
PETRA MONTALVO CAMPOS, LUCIA MONTALVO CAMPOS, MARIA
DEL PILAR SERRANO CASADO, RAMONA DELGADO
GOMEZ-PIMPOLLO Y JULIANA LADERO PACHECO **2023**
- 429EL CELADOR Y SU FUNCION EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS
DEL HOSPITAL**
VICENTA CERRO NEVADO, FRANCISCO JOSE MORENO
MONESCILLO, MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA, MARTA ISABEL
MOSET MOLINA Y YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ **2027**
- 430FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN
EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS**
ESTEFANIA FLORES ALCOLEA, MARIA ANGELES PALACIOS AVILES,
AMPARO VELA SANCHEZ-MANZANERO, ROSA MARIA MUÑOZ
MAQUEDA Y GONZALO TEJERA DE EUSEBIO **2031**
- 431FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO
DE RADIOLOGÍA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
ESTEFANIA FLORES ALCOLEA, MARIA ANGELES PALACIOS AVILES,
AMPARO VELA SANCHEZ-MANZANERO, ROSA MARIA MUÑOZ
MAQUEDA Y GONZALO TEJERA DE EUSEBIO **2035**
- 432EL CELADOR EN EL SERVICIO DE LABORATORIO: FUNCIONES Y
ACTUACIÓN**
ENCARNACION SANCHEZ RUIZ, BEATRIZ ROMERO ROMAN, JUAN
JOSE MARTIN SERRANO LIZCANO, AGUSTIN ANGEL GALLEGO
GUTIERREZ Y DANIEL GAMERO MARTÍN CASTAÑO **2039**

- 433 FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN**
ENCARNACION SANCHEZ RUIZ, BEATRIZ ROMERO ROMAN, JUAN JOSE MARTIN SERRANO LIZCANO, AGUSTIN ANGEL GALLEGO GUTIERREZ Y DANIEL GAMERO MARTÍN CASTAÑO 2043
- 434 LA FIGURA DEL CELADOR/A EN TIEMPOS DE CORONAVIRUS**
CARMEN MARÍA RIVAS COUSILLAS, ARTURO CHAPARRO JIMENEZ, VICENTE CHAPARRO MUÑOZ, PILAR PEINADO MARTÍNEZ Y MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ 2047
- 435 EL PAPEL DEL CELADOR ANTE EL PACIENTE TERMINAL**
CARMEN MARÍA RIVAS COUSILLAS, ARTURO CHAPARRO JIMENEZ, VICENTE CHAPARRO MUÑOZ, PILAR PEINADO MARTÍNEZ Y MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ 2053
- 436 EL CELADOR Y LOS DISPOSITIVOS DE INMOVILIZACIÓN FUNDAMENTALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**
CARMEN MARÍA RIVAS COUSILLAS, ARTURO CHAPARRO JIMENEZ, VICENTE CHAPARRO MUÑOZ, PILAR PEINADO MARTÍNEZ Y MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ 2057
- 437 EL CELADOR, TÉCNICAS DE DECÚBITO LATERAL Y COLOCACIÓN DE ALMOHADAS EN EL PACIENTE INGRESADO**
PETRA MONTALVO CAMPOS, MARIA DEL PILAR SERRANO CASADO, RAMONA DELGADO GOMEZ-PIMPOLLO, JULIANA LADERO PACHECO Y LUCIA MONTALVO CAMPOS 2061
- 438 EL CELADOR EN EL ÁREA DE MATERNIDAD: FUNCIONES**
PETRA MONTALVO CAMPOS, RAMONA DELGADO GOMEZ-PIMPOLLO, JULIANA LADERO PACHECO, MARIA DEL PILAR SERRANO CASADO Y LUCIA MONTALVO CAMPOS 2065
- 439 EL CELADOR Y LA AYUDA EN EL ASEO DE LOS PACIENTES ENCAMADOS**
MARIA DE LOS LLANOS MARTINEZ MARTINEZ, LUCÍA GÓMEZ MOLINA, IVAN CARRION PEREZ, MARÍA DE LOS LLANOS MARÍN HENARES Y RAÚL GÓMEZ MOLINA 2069

- 440EL CELADOR Y SU LABOR ANTE PACIENTES DIAGNOSTICADOS
CON ALZHEIMER**
MARIA DE LOS LLANOS MARTINEZ MARTINEZ, LUCÍA GÓMEZ
MOLINA, IVAN CARRION PEREZ, MARÍA DE LOS LLANOS MARÍN
HENARES Y RAÚL GÓMEZ MOLINA 2073
- 441EL CELADOR Y LA FUNCIÓN DE TRASLADAR DOCUMENTOS Y
OBJETOS**
MARIA DE LOS LLANOS MARTINEZ MARTINEZ, LUCÍA GÓMEZ
MOLINA, IVAN CARRION PEREZ, MARÍA DE LOS LLANOS MARÍN
HENARES Y RAÚL GÓMEZ MOLINA 2077
- 442ACTUACIÓN DE LOS CELADORES EN LOS BOXES DE LAS
URGENCIAS HOSPITALARIAS**
JAIME CASTELLANOS CRIADO, MIRIAM MARTA BERNALTE
TOLEDO, LETICIA CALCERRADA PEÑARRUBIA, RAQUEL SANCHEZ
TOLEDO Y JUAN JOSE ARENAS BUSTOS 2081
- 443ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA**
JAIME CASTELLANOS CRIADO, MIRIAM MARTA BERNALTE
TOLEDO, LETICIA CALCERRADA PEÑARRUBIA, RAQUEL SANCHEZ
TOLEDO Y JUAN JOSE ARENAS BUSTOS 2085
- 444ACTUACIONES DE LOS CELADORES EN LA PLANTA DE
TRAUMATOLOGÍA**
JAIME CASTELLANOS CRIADO, MIRIAM MARTA BERNALTE
TOLEDO, LETICIA CALCERRADA PEÑARRUBIA, RAQUEL SANCHEZ
TOLEDO Y JUAN JOSE ARENAS BUSTOS 2089
- 445FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ALMACÉN
DE LOGÍSTICA**
JESSICA RUIZ GOMEZ, YOLANDA CANTON SALAZAR, ABEL
SALAZAR CANTON, ESTHER CALVO HERNÁNDEZ Y TOMÁS
RODRIGUEZ CHOQUE 2093

- 446** **FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD DEL CENTRO HOSPITALARIO**
JESSICA RUIZ GOMEZ, YOLANDA CANTON SALAZAR, ABEL SALAZAR CANTON, ESTHER CALVO HERNÁNDEZ Y TOMÁS RODRIGUEZ CHOQUE 2097
- 447** **FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL MOSTRADOR DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA**
JESSICA RUIZ GOMEZ, YOLANDA CANTON SALAZAR, ABEL SALAZAR CANTON, ESTHER CALVO HERNÁNDEZ Y TOMÁS RODRIGUEZ CHOQUE 2101
- 448** **ACTUACIÓN DEL CELADOR EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS**
MARIA JOSE GARCIA ATIENZA, JAVIER CRUZ SANTIAGO, ISABEL MARIA GROMADA, JUANI NAHARRO MILLA Y ALEJANDRO LÓPEZ JARA 2105
- 449** **FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS**
ENCARNACION SANCHEZ RUIZ, BEATRIZ ROMERO ROMAN, JUAN JOSE MARTIN SERRANO LIZCANO, AGUSTIN ANGEL GALLEGO GUTIERREZ Y DANIEL GAMERO MARTÍN CASTAÑO 2109
- 450** **EL FONTANERO Y SU IMPORTANCIA EN EL MANTENIMIENTO DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
JUAN CANO PATERNA, PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO, FRANCISCO GONZALEZ TEBAR, FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA Y ANTONIO RUIZ ESCUDERO 2113
- 451** **EL FONTANERO Y EL MANTENIMIENTO DE LAS INSTALACIONES DE AGUA DE UN HOSPITAL**
JUAN CANO PATERNA, PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO, FRANCISCO GONZALEZ TEBAR, FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA Y ANTONIO RUIZ ESCUDERO 2117

452	EL FONTANERO COMO PERSONAL DE MANTENIMIENTO Y LAS HERRAMIENTAS DE TRABAJO JUAN CANO PATERNA, ANTONIO RUIZ ESCUDERO, FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA, PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO Y FRANCISCO GONZALEZ TEBAR	2121
453	EL TELEFONISTA Y LA GESTION DE CITAS PREVIAS EN EL AMBITO HOSPITALARIO PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ Y DOLORES PÉREZ FERNÁNDEZ	2125
454	EL TELEFONISTA EN EL HOSPITAL Y LA IMPORTANCIA DE LA CAPACIDAD DE COMUNICACION PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ Y DOLORES PÉREZ FERNÁNDEZ	2129
455	FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN BELEN PALACIOS LOZANO, CARMELO ZAMORANO PANZANO, PAULA DIAZ MECO ALVAREZ, MARIA ELENA MARTINEZ MORENO Y LAURA TEBAR TORRES	2133
456	EL CELADOR EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA: FUNCIONES Y ACTUACIÓN BELEN PALACIOS LOZANO, CARMELO ZAMORANO PANZANO, PAULA DIAZ MECO ALVAREZ, MARIA ELENA MARTINEZ MORENO Y LAURA TEBAR TORRES	2137
457	FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO (UCSI) BELEN PALACIOS LOZANO, CARMELO ZAMORANO PANZANO, PAULA DIAZ MECO ALVAREZ, MARIA ELENA MARTINEZ MORENO Y LAURA TEBAR TORRES	2141
458	EL CELADOR Y SU ACTUACIÓN CON EL PACIENTE HOSPITALARIO. DETECTAR Y ANTICIPAR CAÍDAS VICTOR GARCIA GARCIA	2145

- 459EL TRABAJO REALIZADO POR UN CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ, MARIA TERESA SANCHEZ RODENAS, MARIA DEL MAR ABENGOZAR ARIAS, MARIA ASCENSIÓN LÓPEZ MURCIA Y MARÍA MOYA APARICIO 2149
- 460EL CELADOR Y SU ACTUACION EN SALUD MENTAL**
ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ, MARIA TERESA SANCHEZ RODENAS, MARIA DEL MAR ABENGOZAR ARIAS, MARIA ASCENSIÓN LÓPEZ MURCIA Y MARÍA MOYA APARICIO 2153
- 461EL CELADOR Y SU PAPEL CON LOS PACIENTES CON ALZHEIMER**
ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ, MARIA TERESA SANCHEZ RODENAS, MARIA DEL MAR ABENGOZAR ARIAS, MARIA ASCENSIÓN LÓPEZ MURCIA Y MARÍA MOYA APARICIO 2157
- 462FUNCIONES DEL CELADOR CON EL PACIENTE ENCAMADO**
CRISTINA ANTONAYA MORCILLO, JOSÉ DOMINGO LANZAS MARTÍNEZ, MARÍA DEL CARMEN RUBIO DIAZ, JOSE LUIS SANCHEZ JIMENEZ Y SEBASTIÁN NÚÑEZ VALERO 2161
- 463LAS FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN AL PACIENTE, CONSULTAS, ALMACÉN Y GERENCIA**
M^a FERNANDA DEL CERRO NAVARRO, MARTA DE LA CRUZ DE LA ROSA, MARÍA ESMERALDA PÉREZ FERNANDEZ, SANDRA RONCERO GONZÁLEZ Y ZULEMA GUTIERREZ ORTEGA 2165
- 464LOS TIPOS DE DATOS EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SALUD MANEJADOS POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO: DATOS CLÍNICOS Y NO CLÍNICOS**
M^a FERNANDA DEL CERRO NAVARRO, MARTA DE LA CRUZ DE LA ROSA, MARÍA ESMERALDA PÉREZ FERNANDEZ, SANDRA RONCERO GONZÁLEZ Y ZULEMA GUTIERREZ ORTEGA 2169
- 465EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
M^a FERNANDA DEL CERRO NAVARRO, MARTA DE LA CRUZ DE LA ROSA, MARÍA ESMERALDA PÉREZ FERNANDEZ, SANDRA RONCERO GONZÁLEZ Y ZULEMA GUTIERREZ ORTEGA 2175

- 466EL CELADOR EN EL ÁREA DE BOXES DEL SERVICIO DE URGENCIAS. FUNCIONES DEL CELADOR CON LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL ÁREA DE BOXES**
JOSÉ DOMINGO LANZAS MARTÍNEZ, MARÍA DEL CARMEN RUBIO DIAZ, JOSE LUIS SANCHEZ JIMENEZ, CRISTINA ANTONAYA MORCILLO Y SEBASTIÁN NÚÑEZ VALERO 2179
- 467LAS FUNCIONES QUE DEBEN DE EJECUTAR LOS CELADORES EN EL SERVICIO DE INFORMACIÓN**
FRANCISCO GARCÍA DE BLAS MARTIN, JUAN CARLOS MARTÍN-CARO ALONSO, RAQUEL GARRIDO CALA, FERNANDO JIMENEZ Y REMEDIOS LIZCANO 2183
- 468LAS DIFERENTES FUNCIONES QUE DEBEN DESEMPEÑAR LOS CELADORES EN EL SERVICIO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**
FRANCISCO GARCÍA DE BLAS MARTIN, JUAN CARLOS MARTÍN-CARO ALONSO, RAQUEL GARRIDO CALA, FERNANDO JIMENEZ Y REMEDIOS LIZCANO 2187
- 469LAS DIFERENTES FUNCIONES QUE DEBEN DE EJECUTAR LOS CELADORES EN EL SERVICIO DEL ALMACÉN GENERAL HOSPITALARIO**
FRANCISCO GARCÍA DE BLAS MARTIN, JUAN CARLOS MARTÍN-CARO ALONSO, RAQUEL GARRIDO CALA, FERNANDO JIMENEZ Y REMEDIOS LIZCANO 2191
- 470EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO EN ESPAÑA: EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS**
MARIA INMACULADA JIMÉNEZ VERBO, ANA MARIA CARPIO ACEDO, GEMA GARCIA-ABADILLO PEINADO, NIEVES BERMEJO PARRAS Y MARIA PILAR ÁLVAREZ ALCAIDE 2197
- 471EL CELADOR Y LAS FUNCIONES DENTRO DE LA LAVANDERÍA HOSPITALARIA**
FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA, JOSE LUIS BENITEZ LASERMA, ALBA ROMERO PARADA, MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA Y MARIA DEL ROSARIO ATIENZAR PEREZ 2203

- 472 EL CELADOR DE PUERTA Y SUS FUNCIONES**
FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA, JOSE LUIS BENITEZ LASERMA,
ALBA ROMERO PARADA, MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA Y
MARIA DEL ROSARIO ATIENZAR PEREZ 2207
- 473 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA DOCUMENTACIÓN
SANITARIA NO CLÍNICA: ASPECTOS Y TIPOLOGÍA**
NIEVES BERMEJO PARRAS, MARIA PILAR ÁLVAREZ ALCAIDE,
MARIA INMACULADA JIMÉNEZ VERBO, ANA MARIA CARPIO
ACEDO Y GEMA GARCIA-ABADILLO PEINADO 2211
- 474 GESTIÓN DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA POR EL
AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
M^a DEL PILAR CORTES MENDOZA, CARMEN MARÍA ZARCO
TENDERO Y LAURA MONTERO MARTÍNEZ 2215
- 475 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU PAPEL EN LOS ARCHIVOS
HOSPITALARIOS**
MARÍA GARCÍA ALBERCA, JUANA DUQUE DUQUE, MANUELA
CARMEN ALARCÓN ALCOLEA, MARÍA DE LOS DOLORES
CARRETERO MARTÍNEZ Y MARÍA JESÚS SIMARRO CORTÉS 2219
- 476 FUNCIONES Y TAREAS DESARROLLADAS POR EL AUXILIAR
ADMINISTRATIVO EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS**
MARIA PILAR ÁLVAREZ ALCAIDE, MARIA INMACULADA JIMÉNEZ
VERBO, ANA MARIA CARPIO ACEDO, GEMA GARCIA-ABADILLO
PEINADO Y NIEVES BERMEJO PARRAS 2223
- 477 LAS FUNCIONES DE UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA
GESTIÓN DE CITAS HOSPITALARIAS**
JUANA DUQUE DUQUE, MANUELA CARMEN ALARCÓN ALCOLEA,
MARÍA DE LOS DOLORES CARRETERO MARTÍNEZ, MARÍA JESÚS
SIMARRO CORTÉS Y MARÍA GARCÍA ALBERCA 2227
- 478 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE LA TARJETA
SANITARIA INDIVIDUAL**
JUANA DUQUE DUQUE, MANUELA CARMEN ALARCÓN ALCOLEA,
MARÍA DE LOS DOLORES CARRETERO MARTÍNEZ, MARÍA JESÚS
SIMARRO CORTÉS Y MARÍA GARCÍA ALBERCA 2231

- 479 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ANIMALARIO O ESTABULARIO**
ANA ISABEL MUÑOZ TORRERO PEÑA, INMACULADA SEVILLA
SERRANO, RUBÉN QUESADA CASTRO, DOLORES ROMERO ROMÁN
Y JOSÉ CARLOS GARCÍA DEL CASTILLO SERRANO 2235
- 480 EL TRASLADO DEL PACIENTE QUIRÚRGICO. ACTUACIÓN DEL
CELADOR DURANTE EL TRASLADO**
MARIA ROSA FRANCISCO CABRERA, MARÍA DEL CARMEN ORTIZ
IZQUIERDO, LUIS ARJONA ROMERO, MIGUEL ANGEL ARJONA
ROMERO Y NATALIA SERRANO OÑORO 2239
- 481 LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA REANIMACIÓN (REA) DEL
SERVICIO DE URGENCIAS**
MARÍA DEL CARMEN ORTIZ IZQUIERDO, LUIS ARJONA ROMERO,
MIGUEL ANGEL ARJONA ROMERO, NATALIA SERRANO OÑORO Y
MARIA ROSA FRANCISCO CABRERA 2243
- 482 EL PERSONAL SUBALTERNO ANTE EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO.
LA ACTUACIÓN DEL CELADOR SEGÚN EL PROTOCOLO DE
CONTENCIÓN TERAPÉUTICA DE UN PACIENTE PSIQUIÁTRICO**
NATALIA SERRANO OÑORO, MARIA ROSA FRANCISCO CABRERA,
MARÍA DEL CARMEN ORTIZ IZQUIERDO, LUIS ARJONA ROMERO Y
MIGUEL ANGEL ARJONA ROMERO 2247
- 483 EL ROL DEL CELADOR EN LOS ALMACENES DE LOS CENTROS
SANITARIOS**
SERGIO REPISO FERNÁNDEZ, ANA MARÍA CALVO FERNÁNDEZ,
JUAN GONZALO RAMÍREZ CASTELLANO, JOSE FRANCISCO
GALDÓN FERNÁNDEZ Y SUSANA B GALLEGU DEL CERRO 2251
- 484 EL ROL DEL CELADOR EN LA ATENCIÓN PRIMARIA**
SERGIO REPISO FERNÁNDEZ, JUAN GONZALO RAMÍREZ
CASTELLANO, ANA MARÍA CALVO FERNÁNDEZ, SUSANA B
GALLEGU DEL CERRO Y JOSE FRANCISCO GALDÓN FERNÁNDEZ 2255
- 485 EL ROL DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL**
SERGIO REPISO FERNÁNDEZ, JOSE FRANCISCO GALDÓN
FERNÁNDEZ, SUSANA B GALLEGU DEL CERRO, ANA MARÍA
CALVO FERNÁNDEZ Y JUAN GONZALO RAMÍREZ CASTELLANO 2259

- 486EL CELADOR EN URGENCIAS HOSPITALARIAS. SUS FUNCIONES
INMACULADA SEVILLA SERRANO, DOLORES ROMERO ROMÁN,
RUBÉN QUESADA CASTRO, ANA ISABEL MUÑOZ TORRERO PEÑA Y
JOSÉ CARLOS GARCÍA DEL CASTILLO SERRANO 2263
- 487ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE UNA PARADA
CARDIORRESPIRATORIA: CONOCIMIENTO DE LAS
CARACTERÍSTICAS Y MANEJO DEL DESFIBRILADOR
SEMIAUTOMÁTICO
INMACULADA CONCEPCION BASTANTE ACEÑA, BEATRIZ CHICO
ARCHE Y LUIS FERNANDO BLANCO DOMINGUEZ 2269
- 488LA ACTUACIÓN DEL CELADOR DENTRO DEL SERVICIO DE
URGENCIAS
BEATRIZ CHICO ARCHE, INMACULADA CONCEPCION BASTANTE
ACEÑA Y LUIS FERNANDO BLANCO DOMINGUEZ 2275
- 489EL ROL CRUCIAL DEL CELADOR EN EL SERVICIO MÉDICO DE
URGENCIAS
JORGE FRANCISCO MARTÍN MAZA, CARLOS JESUS CARMONA
HIDALGO Y PABLO MARTÍN ESCABIAS 2279
- 490FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS
JOSÉ CARLOS GARCÍA DEL CASTILLO SERRANO, INMACULADA
SEVILLA SERRANO, ANA ISABEL MUÑOZ TORRERO PEÑA, RUBÉN
QUESADA CASTRO Y DOLORES ROMERO ROMÁN 2285
- 491EL CELADOR EN EL AMORTAJAMIENTO Y EN EL TRASLADO AL
MORTUORIO DEL PACIENTE FALLECIDO
MONICA MOHORTE GARCIA, ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ,
JUAN FELIP GOLDERO, PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO Y
EUGENIA NAVARRO MARTÍNEZ 2289
- 492EL CELADOR Y SU FUNCION EN EL ÁMBITO QUIRÚRGICO
MONICA MOHORTE GARCIA, ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ,
JUAN FELIP GOLDERO, PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO Y
EUGENIA NAVARRO MARTÍNEZ 2293

- 493EL CELADOR Y SU ACTUACIÓN ANTE EL PACIENTE GERIÁTRICO**
MONICA MOHORTE GARCIA, ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ,
JUAN FELIP GOLDERO, PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO Y
EUGENIA NAVARRO MARTÍNEZ 2297
- 494EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS O
VIGILANCIA INTENSIVA**
RAQUEL GONZÁLEZ RUIZ, RAUL MARIN RAMIREZ, FELIX
MARTIN-NIETO MORENO, NOHEMI GARCIA FUENTES Y PLACIDO
FERNÁNDEZ GÁMEZ 2301
- 495EL CELADOR Y LA PRECAUCIÓN ANTE LOS DISTINTOS TIPOS DE
AISLAMIENTOS EN EL ENTORNO SANITARIO**
RAQUEL GONZÁLEZ RUIZ, RAUL MARIN RAMIREZ, FELIX
MARTIN-NIETO MORENO, NOHEMI GARCIA FUENTES Y PLACIDO
FERNÁNDEZ GÁMEZ 2305
- 496EL CELADOR Y LAS LABORES DE VIGILANCIA EN LAS
INSTITUCIONES SANITARIAS.**
RAQUEL GONZÁLEZ RUIZ, RAUL MARIN RAMIREZ, FELIX
MARTIN-NIETO MORENO, NOHEMI GARCIA FUENTES Y PLACIDO
FERNÁNDEZ GÁMEZ 2311
- 497EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y LA IMPORTANCIA DE UNA
BUENA ELABORACIÓN DE UN INFORME CLÍNICO**
JOSE HERREROS MAGAN, SERGIO HERREROS ROSILLO, MARIA
GEMA JIMENEZ HIDALGO, MONTSERRAT CHICOTE CICUENDEZ Y
MARIA JOSEFA MUÑOZ SERRANO 2315
- 498EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y LA FORMA ORGANIZATIVA
DEL GÉNERO DE LA FARMACIA EN LOS CENTROS
HOSPITALARIOS**
JOSE HERREROS MAGAN, SERGIO HERREROS ROSILLO, MARIA
GEMA JIMENEZ HIDALGO, MONTSERRAT CHICOTE CICUENDEZ Y
MARIA JOSEFA MUÑOZ SERRANO 2319

- 499EL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN EL ARCHIVO DE UN
CENTRO HOSPITALARIO
JOSE HERREROS MAGAN, SERGIO HERREROS ROSILLO, MARIA
GEMA JIMENEZ HIDALGO, MONTSERRAT CHICOTE CICUENDEZ Y
MARIA JOSEFA MUÑOZ SERRANO 2323
- 500EL ROL DEL CELADOR EN EL ÁREA DE MATERNIDAD
JADILLA MOHAMED ABDESELAM 2327
- 501EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE
FARMACIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO
LAURA MONTERO MARTÍNEZ, CARMEN MARÍA ZARCO TENDERO
Y M^a DEL PILAR CORTES MENDOZA 2331
- 502EL CELADOR EN EL AREA DE URGENCIAS
ANDREA MÁRQUEZ RAMÍREZ 2335
- 503EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LOS DISTINTOS CRITERIOS
PARA EL RECONOCIMIENTO Y COBRO DE LAS RETRIBUCIONES
DE TRIENIOS
MONTSERRAT ESTEBAN GONZALEZ, SUSANA OCHOA GUIJARRO,
ANA MARIA PATO DE PABLO, MARIA CARMEN HIGUERA MARTIN
Y MARIA JOSE ROMERO PEREZ 2339
- 504EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE LA
DOCUMENTACIÓN PARA EL MATERIAL ORTOPROTÉSICO DEL
SESCAM EN LA ATENCIÓN PRIMARIA
MONTSERRAT ESTEBAN GONZALEZ, SUSANA OCHOA GUIJARRO,
ANA MARIA PATO DE PABLO, MARIA CARMEN HIGUERA MARTIN
Y MARIA JOSE ROMERO PEREZ 2343
- 505EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ANTE LA DEMANDA DEL
USUARIO CON EL TRABAJADOR SOCIAL EN LOS CENTROS DE
ATENCIÓN PRIMARIA
MONTSERRAT ESTEBAN GONZALEZ, SUSANA OCHOA GUIJARRO,
ANA MARIA PATO DE PABLO, MARIA CARMEN HIGUERA MARTIN
Y MARIA JOSE ROMERO PEREZ 2347

- 506 SERVICIO DE LAVANDERÍA Y PLANCHA. TIPOS DE LAVANDERÍA HOSPITALARIA**
MARÍA ENCARNACIÓN ALONSO BARBA, YOLANDA BARBERO CAÑADAS, MARIA DOLORES ALFARO CUERDA, ALMUDENA GALINDO GARVI Y ANDREA BARBERO CAÑADAS 2351
- 507 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL QUIRÓFANO**
ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS, LAURA NAVARRO BALLESTEROS, MARIA COTILLAS GUERRERO Y CARLOS ALBERTO RODRÍGUEZ RUBIO 2355
- 508 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**
LAURA NAVARRO BALLESTEROS, ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS, MARIA COTILLAS GUERRERO Y CARLOS ALBERTO RODRÍGUEZ RUBIO 2359
- 509 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL EFECTO DE LAS PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN Y LA LUZ AZUL A LA SALUD**
LAURA NAVARRO BALLESTEROS, ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS, MARIA COTILLAS GUERRERO Y CARLOS ALBERTO RODRÍGUEZ RUBIO 2365
- 510 MANTENIMIENTO ELÉCTRICO. LA IMPORTANCIA DE LOS ELECTRICISTAS**
ADRIAN GONZALEZ LASSO Y DAVID NAVARRO SAN JULIAN 2371
- 511 SERVICIO DE PLANCHA Y LAVANDERÍA HOSPITALARIA. INDICACIONES TÉCNICAS EN EL PROCESADO DE LA ROPA**
MARÍA ENCARNACIÓN ALONSO BARBA, YOLANDA BARBERO CAÑADAS, MARIA DOLORES ALFARO CUERDA, ALMUDENA GALINDO GARVI Y ANDREA BARBERO CAÑADAS 2377
- 512 SERVICIO DE LAVANDERÍA Y PLANCHA HOSPITALARIA: PROCESOS DE SELECCIÓN DE DETERGENTES Y PRODUCTOS DE LAVADO**
MARÍA ENCARNACIÓN ALONSO BARBA, YOLANDA BARBERO CAÑADAS, MARIA DOLORES ALFARO CUERDA, ALMUDENA GALINDO GARVI Y ANDREA BARBERO CAÑADAS 2381

- 513 LA FATIGA VISUAL: PROBLEMA COMÚN QUE PADECE EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO**
ANA BELEN FERNANDEZ ALONSO, ROCIO NAVARRO CUTANDA,
LAURA MONTERO NIEVES, PILAR CÓRCOLES LOZANO Y MARÍA
JESÚS LÓPEZ CARCELÉN 2385
- 514 EL PROCESO DE SOLICITUD POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LA TARJETA SANITARIA DE LA COMUNIDAD Y SUS PRESTACIONES**
BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ, ADRIANA INMACULADA MARTIN
PALOMINO GONZALEZ, LORENA SORIANO ALARCON Y MARIA
MAPARO LOPEZ MARTINEZ 2389
- 515 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS ALMACENES HOSPITALARIOS Y LAS GESTIONES DE PRODUCTO SANITARIO**
BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ, ADRIANA INMACULADA MARTIN
PALOMINO GONZALEZ, LORENA SORIANO ALARCON Y MARIA
MAPARO LOPEZ MARTINEZ 2393
- 516 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES ADMINISTRATIVAS EN URGENCIAS**
BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ, ADRIANA INMACULADA MARTIN
PALOMINO GONZALEZ, LORENA SORIANO ALARCON Y MARIA
MAPARO LOPEZ MARTINEZ 2397
- 517 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y POSIBLES ENFERMEDADES A SUFRIR TRABAJANDO EN UN CENTRO SANITARIO Y SUS CAUSAS**
ANA BELEN FERNANDEZ ALONSO, ROCIO NAVARRO CUTANDA,
LAURA MONTERO NIEVES, PILAR CÓRCOLES LOZANO Y MARÍA
JESÚS LÓPEZ CARCELÉN 2401
- 518 LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE, TRATO Y TRATAMIENTO POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
ANA BELEN FERNANDEZ ALONSO, ROCIO NAVARRO CUTANDA,
LAURA MONTERO NIEVES, PILAR CÓRCOLES LOZANO Y MARÍA
JESÚS LÓPEZ CARCELÉN 2405

- 519 EL CELADOR Y LAS MOVILIZACIONES EN EL MEDIO
EXTRAHOSPITALARIO EN CASO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS**
FRANCISCO JAVIER GONZÁLEZ LÓPEZ, MARIA LUISA MONEDERO
IZQUIERDO, RUBÉN SANTACRUZ GALLEGO, MARÍA DEL MILAGRO
GALLEGO CASTILLA Y LUCIA GONZALEZ ROMAN FERNANDEZ
CAÑADAS 2409
- 520 CLIMATIZACIÓN EN EL HOSPITAL. EL IMPORTANTE PAPEL DE
LOS ELECTRICISTAS**
DAVID NAVARRO SAN JULIAN Y ADRIAN GONZALEZ LASSO 2415
- 521 LOS PROBLEMAS DE LA VOZ EN LOS/AS TELEFONISTAS.
CONSIDERACIÓN DE ENFERMEDAD PROFESIONAL**
MARÍA DEL ANGEL RODRÍGUEZ COLADO, DOLORES PÉREZ
FERNÁNDEZ, PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ, ALICIA TALAYA
NAVARRO Y MARIA SOLEDAD BARBA ALFARO 2419
- 522 EL TELEFONISTA Y LA SONRISA EN LA COMUNICACIÓN
TELEFÓNICA**
MARÍA DEL ANGEL RODRÍGUEZ COLADO, DOLORES PÉREZ
FERNÁNDEZ, ALICIA TALAYA NAVARRO, PALOMA GONZÁLEZ
SANCHEZ Y MARIA SOLEDAD BARBA ALFARO 2423
- 523 LA ESCUCHA ACTIVA AL TELÉFONO DURANTE EL TRABAJO DEL
TELEFONISTA EN EL ÁMBITO SANITARIO**
MARÍA DEL ANGEL RODRÍGUEZ COLADO, DOLORES PÉREZ
FERNÁNDEZ, ALICIA TALAYA NAVARRO, MARIA SOLEDAD BARBA
ALFARO Y PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ 2427
- 524 LA FUNCION DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE ESTERILIZACIÓN**
MARÍA JOSÉ ALFARO SÁNCHEZ, LORENA GONZÁLEZ TERCERO,
LOURDES REDONDO SANTAMARÍA, MARIA JOSEFA JAEN GARCIA
Y MARIA CORTES CARREÑO LOSA 2431

- 525EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**
RUBÉN SANTACRUZ GALLEG0, MARÍA DEL MILAGRO GALLEG0
CASTILLA, LUCIA GONZALEZ ROMAN FERNANDEZ CAÑADAS,
MARIA LUISA MONEDERO IZQUIERDO Y FRANCISCO JAVIER
GONZÁLEZ LÓPEZ 2435
- 526EL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA Y SUS FUNCIONES**
RUBÉN SANTACRUZ GALLEG0, MARÍA DEL MILAGRO GALLEG0
CASTILLA, LUCIA GONZALEZ ROMAN FERNANDEZ CAÑADAS,
MARIA LUISA MONEDERO IZQUIERDO Y FRANCISCO JAVIER
GONZÁLEZ LÓPEZ 2439
- 527FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE FEHABILITACION**
RUBÉN SANTACRUZ GALLEG0, MARÍA DEL MILAGRO GALLEG0
CASTILLA, LUCIA GONZALEZ ROMAN FERNANDEZ CAÑADAS,
MARIA LUISA MONEDERO IZQUIERDO Y FRANCISCO JAVIER
GONZÁLEZ LÓPEZ 2443
- 528LA ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE UN PACIENTE CON
VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS**
VISITACIÓN LÓPEZ MARTÍNEZ, NURIA GARCÍA GARRIDO,
VICENTE GARCIA MARTÍNEZ, VICENTE GARCÍA GARRIDO Y
CRISTIAN DEVARSI DE LA OSSA 2447
- 529EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. LA
ACTUACIÓN DEL CELADOR DURANTE LA COLOCACIÓN DE UN
PACIENTE EN LA POSICIÓN DE DECÚBITO PRONO**
CRISTIAN DEVARSI DE LA OSSA, VISITACIÓN LÓPEZ MARTÍNEZ,
NURIA GARCÍA GARRIDO, VICENTE GARCIA MARTÍNEZ Y
VICENTE GARCÍA GARRIDO 2451
- 530FUNCIONES DEL CELADOR DENTRO DE LA UNIDADES DE
SALUD MENTAL HOSPITALARIAS**
FRANCISCA LÓPEZ DÍAZ, MARÍA DEL CARMEN MORALED A
NUÑEZ-CACHO, RUBÉN RUIZ ESTEBAN, FRANCISCO JAVIER
GÓMEZ GARCÍA Y MARIA DEL CARMEN SANCHEZ MORALES 2455

- 531 EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE CONSULTAS EXTERNAS**
MARÍA DOLORES ALMENDRAL TOMÉ, JONATAN VICENTE
BARROSO, GLORIA PANIAGUA LEAL, JUANA DUQUE DUQUE Y
REMEDIOS LUCIA CANO PATERNA 2459
- 532 FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR ANTE UN EXITUS**
FRANCISCA LÓPEZ DÍAZ, RUBÉN RUIZ ESTEBAN, MARÍA DEL
CARMEN MORALEDA NUÑEZ-CACHO, FRANCISCO JAVIER GÓMEZ
GARCÍA Y MARIA DEL CARMEN SANCHEZ MORALES 2463
- 533 LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA**
FRANCISCA LÓPEZ DÍAZ, RUBÉN RUIZ ESTEBAN, MARÍA DEL
CARMEN MORALEDA NUÑEZ-CACHO, FRANCISCO JAVIER GÓMEZ
GARCÍA Y MARIA DEL CARMEN SANCHEZ MORALES 2467
- 534 ¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE EL CALEFACTOR EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS?**
FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA, ÁLVARO FERNÁNDEZ COLLADO,
ANTONIO RUIZ ESCUDERO, ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ Y
FRANCISCO GONZALEZ TEBAR 2471
- 535 EL CALEFACTOR Y EL MANTENIMIENTO DE UNA CALDERA DE UN HOSPITAL**
FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA, ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ,
ÁLVARO FERNÁNDEZ COLLADO, FRANCISCO GONZALEZ TEBAR Y
ANTONIO RUIZ ESCUDERO 2475
- 536 LA SUSTITUCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LOS PURGADORES Y LAS VÁLVULAS DE LAS CALDERAS DE UN HOSPITAL POR EL CALEFACTOR**
FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA, ÁLVARO FERNÁNDEZ COLLADO,
ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ, FRANCISCO GONZALEZ TEBAR
Y ANTONIO RUIZ ESCUDERO 2479

- 537 EL CELADOR Y SU PAPEL EN LA SALA DE PARTO Y PLANTA DE MATERNIDAD DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA, JOSE LUIS BENITEZ LASERMA,
ALBA ROMERO PARADA, MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA Y
MARIA DEL ROSARIO ATIENZAR PEREZ 2483
- 538 EL PINCHE DE COCINA EN APOYO Y COLABORACIÓN DE LA RECOGIDA DE MUESTRAS**
MONICA GARCIA RUBIO, PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO
GARZÁS, MARÍA DE LA SIERRA CAMACHO CAÑADILLA, CRISTINA
CAMARENA CRIADO Y ELENA MARTÍNEZ BENITO 2487
- 539 EL PINCHE DE COCINA Y LA HIGIENE DEL MENAJE: EL TUNEL DE LAVADO**
MONICA GARCIA RUBIO, MARÍA DE LA SIERRA CAMACHO
CAÑADILLA, CRISTINA CAMARENA CRIADO, PURIFICACIÓN DÍAZ
DEL CAMPO GARZÁS Y ELENA MARTÍNEZ BENITO 2491
- 540 EL PINCHE Y EL APOYO EN COCINA**
MONICA GARCIA RUBIO, ELENA MARTÍNEZ BENITO, CRISTINA
CAMARENA CRIADO, MARÍA DE LA SIERRA CAMACHO
CAÑADILLA Y PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO GARZÁS 2495
- 541 EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: FUNCIONES DEL CELADOR DURANTE EL INGRESO DESDE LA UNIDAD DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS AL RESTO DE UNIDADES DEL CENTRO HOSPITALARIO**
NURIA GARCÍA GARRIDO, VICENTE GARCIA MARTÍNEZ, VICENTE
GARCÍA GARRIDO, CRISTIAN DEVARSI DE LA OSSA Y VISITACIÓN
LÓPEZ MARTÍNEZ 2499
- 542 LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL ANIMALARIO EN LOS CENTROS SANITARIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA**
MARÍA DOLORES ALMENDRAL TOMÉ, JONATAN VICENTE
BARROSO, GLORIA PANIAGUA LEAL, JUANA DUQUE DUQUE Y
REMEDIOS LUCIA CANO PATERNA 2503

543	EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA MARÍA DOLORES ALMENDRAL TOMÉ, JONATAN VICENTE BARROSO, GLORIA PANIAGUA LEAL, JUANA DUQUE DUQUE Y REMEDIOS LUCIA CANO PATERNA	2507
544	EL CELADOR Y SU COMETIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS BEATRIZ MARÍN GARCÍA, MARIA SOLEDAD LANDETE LOPEZ, LLANOS LANDETE LOPEZ, MANUEL INOCENCIO MORALES Y ENCARNACION PATERNA SERNA	2511
545	EL CELADOR Y SU COMETIDO EN EL PROCEDIMIENTO REALIZADO DURANTE EL ASEO DIARIO Y EL CAMBIO DE ROPA DE CAMA BEATRIZ MARÍN GARCÍA, MARIA SOLEDAD LANDETE LOPEZ, MANUEL INOCENCIO MORALES, LLANOS LANDETE LOPEZ Y ENCARNACION PATERNA SERNA	2515
546	EL CELADOR Y SUS FUCIONES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA BEATRIZ MARÍN GARCÍA, MARIA SOLEDAD LANDETE LOPEZ, LLANOS LANDETE LOPEZ, MANUEL INOCENCIO MORALES Y ENCARNACION PATERNA SERNA	2519
547	EL MECÁNICO Y EL LLENADO Y CAMBIO DE BALAS DE OXÍGENO COMO PERSONAL DE MANTENIMIENTO RAFAEL LARA BARBERÁ, CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ, ANGEL MANUEL MARTÍN-GIL PRADO, ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ Y JUAN ALBERTO TOLEDO BLÁZQUEZ	2523
548	EL MECÁNICO DE UN HOSPITAL Y EL CORREO NEUMÁTICO DE UN HOSPITAL RAFAEL LARA BARBERÁ, CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ, ANGEL MANUEL MARTÍN-GIL PRADO, JUAN ALBERTO TOLEDO BLÁZQUEZ Y ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ	2527

- 549EL MECÁNICO COMO PERSONAL DE MANTENIMIENTO EN HABITACIONES CON AISLAMIENTO**
RAFAEL LARA BARBERÁ, JUAN ALBERTO TOLEDO BLÁZQUEZ, ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ, CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ Y ANGEL MANUEL MARTÍN-GIL PRADO 2531
- 550EL CELADOR Y LA FUNCIONES QUE DESARROLLA EN EL ASEO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS**
DAVID MUÑOZ DEL OLMO, JESUS MUÑOZ DEL OLMO, MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ, ROCIO LIMON RUIZ Y NURIA JIMÉNEZ DÍAZ 2535
- 551LOS CELADORES QUE ESTÁN EN LOS ALMACENES HOSPITALARIOS Y LA ORGANIZACIÓN DE PEDIDOS PARA LOS PUEBLOS DE ALREDEDOR**
DAVID MUÑOZ DEL OLMO, JESUS MUÑOZ DEL OLMO, MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ, ROCIO LIMON RUIZ Y NURIA JIMÉNEZ DÍAZ 2539
- 552EL PACIENTE CON CARDIOPATIAS INGRESADO EN CORONARIAS Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR**
DAVID MUÑOZ DEL OLMO, JESUS MUÑOZ DEL OLMO, MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ, ROCIO LIMON RUIZ Y NURIA JIMÉNEZ DÍAZ 2543
- 553RIESGOS LABORALES PSICOSOCIALES COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO DEL SALUD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**
TERESA JAREÑO ROMERA, M ENGRACIA PEREZ IZQUIERDO Y MARÍA PILAR VALVERDE RUBIO 2547
- 554RIESGOS LABORALES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL TRABAJO CON PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN**
MARÍA TERESA GARCIA JIMENEZ, MARIA JOSE MORA CEREZO, JOSEFA COUQUE MOTILLA, MERCEDES GARCÍA GARCÍA Y VERÓNICA PÉREZ ORTIZ 2551

- 555 EMPATIZAR CON EL PACIENTE Y SU FAMILIA. LA IMPORTANCIA DE LA EMPATÍA EN EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
MARÍA TERESA GARCIA JIMENEZ, MARIA JOSE MORA CEREZO, JOSEFA COUQUE MOTILLA, MERCEDES GARCÍA GARCÍA Y VERÓNICA PÉREZ ORTIZ 2555
- 556 ATENCIÓN PRIMARIA Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
MARÍA TERESA GARCIA JIMENEZ, MARIA JOSE MORA CEREZO, JOSEFA COUQUE MOTILLA, MERCEDES GARCÍA GARCÍA Y VERÓNICA PÉREZ ORTIZ 2559
- 557 LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS: ELECTRORETINOGRAMA (ERG) EN OFTALMOLOGÍA**
MARÍA PILAR VALVERDE RUBIO, M ENGRACIA PEREZ IZQUIERDO Y TERESA JAREÑO ROMERA 2563
- 558 DIFERENTES FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN URGENCIAS DEL HOSPITAL**
GLORIA HERNANDEZ TOMAS, GEMA MORALES GÓMEZ, ULISES ROMERO VERGARA, FRANCISCA BOTIJA GARRIDO Y JUAN BAUTISTA SERRANO ROMERO DE AVILA 2567
- 559 DIFERENTES FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN RECURSOS HUMANOS DEL HOPITAL**
GLORIA HERNANDEZ TOMAS, GEMA MORALES GÓMEZ, ULISES ROMERO VERGARA, FRANCISCA BOTIJA GARRIDO Y JUAN BAUTISTA SERRANO ROMERO DE AVILA 2571
- 560 FUNCIONES QUE DESEMPEÑA UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LOS DIFERENTES CENTROS DONDE VA A DESEMPEÑARLAS**
GLORIA HERNANDEZ TOMAS, GEMA MORALES GÓMEZ, ULISES ROMERO VERGARA, FRANCISCA BOTIJA GARRIDO Y JUAN BAUTISTA SERRANO ROMERO DE AVILA 2575
- 561 EL CELADOR DE PUERTA EN URGENCIAS**
LETICIA HERNÁNIZ BELTRÁN, RAFAEL FUERO HERNÁNDEZ Y MARÍA CELIBERTI RIBERA 2579

- 562 LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE
ESTERILIZACIÓN**
NOELIA ESCALONILLA, JUAN MANUEL BARAJAS VAZQUEZ, JUAN
PRUAÑO, RAFAEL DE LA TORRE BUENO Y MIGUEL ANGEL DE
GRACIA MARTIN 2583
- 563 LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO
HOSPITALARIO**
NOELIA ESCALONILLA, JUAN MANUEL BARAJAS VAZQUEZ, JUAN
PRUAÑO, RAFAEL DE LA TORRE BUENO Y MIGUEL ANGEL DE
GRACIA MARTIN 2587
- 564 LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
HOSPITALARIAS**
NOELIA ESCALONILLA, JUAN MANUEL BARAJAS VAZQUEZ, JUAN
PRUAÑO, RAFAEL DE LA TORRE BUENO Y MIGUEL ANGEL DE
GRACIA MARTIN 2593
- 565 AUXILIAR ADMINISTRATIVO ENCARGADO DE PROCESAR Y
GESTIONAR FACTURAS RELACIONADAS CON SERVICIOS
MÉDICOS**
YAMILA MOHAMED MOHAMED, MARÍA DOLORES VARGAS
MELLADO, MARILINI DELGADO MEJIA, LORENA DUARTE
SÁNCHEZ Y JORGE VARELA GUERRA 2599
- 566 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE
INFORMACIÓN DE CENTROS SANITARIOS PRIVADOS**
JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ UTRILLA, MARIA DEL MAR PALENCIA
RICO, BELÉN LOSA MARTÍNEZ, MARÍA ESTHER VAELLO PAÑOS Y
TERESA BLANCO ROMERO 2603
- 567 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL MANEJO DE UN
PACIENTE CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD**
JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ UTRILLA, MARIA DEL MAR PALENCIA
RICO, BELÉN LOSA MARTÍNEZ, MARÍA ESTHER VAELLO PAÑOS Y
TERESA BLANCO ROMERO 2609

- 568 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL INFORME DE ALTA Y OTRA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA**
JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ UTRILLA, MARIA DEL MAR PALENCIA RICO, BELÉN LOSA MARTÍNEZ, MARÍA ESTHER VAELO PAÑOS Y TERESA BLANCO ROMERO 2615
- 569 LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y SUS FUNCIONES GENERALES EN LOS CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES**
M ENGRACIA PEREZ IZQUIERDO, MARÍA PILAR VALVERDE RUBIO Y TERESA JAREÑO ROMERA 2621
- 570 ACTUACIONES DEL CELADOR EN EL USO DE LA GRÚA ANTE PACIENTES ENCAMADOS**
MARÍA PILAR GOMEZ NAVARRO, RAMON QUINTANILLA OLMEDO, JUAN LUIS TOLEDO GOMEZ, BARBARO GONZALEZ MARTINEZ Y LUIS MIGUEL CRUZ MARCHANTE 2625
- 571 APORTACIONES DE LOS CELADORES DE PUERTA EN LA ENTRADA PRINCIPAL DEL HOSPITAL**
MARÍA PILAR GOMEZ NAVARRO, RAMON QUINTANILLA OLMEDO, JUAN LUIS TOLEDO GOMEZ, BARBARO GONZALEZ MARTINEZ Y LUIS MIGUEL CRUZ MARCHANTE 2629
- 572 TAREAS DEL CELADOR EN LOS BOXES DE URGENCIAS**
MARÍA PILAR GOMEZ NAVARRO, RAMON QUINTANILLA OLMEDO, JUAN LUIS TOLEDO GOMEZ, BARBARO GONZALEZ MARTINEZ Y LUIS MIGUEL CRUZ MARCHANTE 2633
- 573 EL SERVICIO DE FARMACIA: FUNCIONES DEL CELADOR**
RAFAEL FUERO HERNÁNDEZ, LETICIA HERNÁIZ BELTRÁN Y MARÍA CELIBERTI RIBERA 2637
- 574 ACTUACIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA DE MATERNIDAD**
MARÍA CELIBERTI RIBERA, LETICIA HERNÁIZ BELTRÁN Y RAFAEL FUERO HERNÁNDEZ 2641

- 575 EL CELADOR Y LOS TRASLADOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES**
FERNANDO LIZANO FERNANDEZ, MIGUEL ANGEL VELA SANTOS,
MARIA DEL CARMEN VILLANUEVA LOPEZ, ALBERTO CARLOS
MOLINA ORTEGA Y MARIO PALOMARES JIMENEZ 2645
- 576 EL TRABAJO DEL CELADOR EN EL ANIMALARIO Y CIRUGÍA EXPERIMENTAL**
FERNANDO LIZANO FERNANDEZ, MIGUEL ANGEL VELA SANTOS,
MARIA DEL CARMEN VILLANUEVA LOPEZ, ALBERTO CARLOS
MOLINA ORTEGA Y MARIO PALOMARES JIMENEZ 2649
- 577 FUNCIONES DEL CELADOR DESTINADO EN LAS PRUEBAS DE AVASTINES**
FERNANDO LIZANO FERNANDEZ, MIGUEL ANGEL VELA SANTOS,
MARIA DEL CARMEN VILLANUEVA LOPEZ, ALBERTO CARLOS
MOLINA ORTEGA Y MARIO PALOMARES JIMENEZ 2653
- 578 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA: SU PAPEL FUNDAMENTAL**
ELENA ROMERO ROMERO, MARÍA ISABEL CABAÑAS MORENO,
MIRIAM CABAÑAS MORENO, CRISTINA REDRUEJO MORA Y LUNA
BELÉN BAUTISTA CUMBRES 2657
- 579 EL PAPEL ESENCIAL DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN EL ÁREA DE URGENCIAS HOSPITALARIAS**
ELENA ROMERO ROMERO, MIRIAM CABAÑAS MORENO, MARÍA
ISABEL CABAÑAS MORENO, LUNA BELÉN BAUTISTA CUMBRES Y
CRISTINA REDRUEJO MORA 2661
- 580 MEJORANDO LA COMUNICACIÓN: HABILIDADES COMUNICATIVAS CLAVE PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
ELENA ROMERO ROMERO, LUNA BELÉN BAUTISTA CUMBRES,
CRISTINA REDRUEJO MORA, MARÍA ISABEL CABAÑAS MORENO Y
MIRIAM CABAÑAS MORENO 2665

- 581 CELADORES Y EFICIENCIA OPERATIVA: OPTIMIZANDO LA GESTIÓN HOSPITALARIA**
MARIA JOSE SANCHEZ TOMAS, ANA BELEN MARTIN DIAZ, ANA MYRIAM GARCIA GÓMEZ, ANGEL MANUEL GREGORIO MARTÍN Y MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA 2669
- 582 LOS CELADORES COMO PILARES EN LA LOGÍSTICA HOSPITALARIA: EFICIENCIA Y COORDINACIÓN**
MARIA JOSE SANCHEZ TOMAS, ANA BELEN MARTIN DIAZ, ANA MYRIAM GARCIA GÓMEZ, ANGEL MANUEL GREGORIO MARTÍN Y MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA 2675
- 583 EL CELADOR EN EL EQUIPO DE TRASPLANTES DE ÓRGANOS**
MARIA JOSE SANCHEZ TOMAS, ANA BELEN MARTIN DIAZ, ANA MYRIAM GARCIA GÓMEZ, ANGEL MANUEL GREGORIO MARTÍN Y MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA 2681
- 584 EL CALEFACTOR Y EL MANTENIMIENTO QUE REALIZA A LOS PURGADORES Y LAS VALVULAS DE LAS CALDERAS**
JAVIER ALTAMIRANO VILLANUEVA, JOSE ALTAMIRANO SANCHEZ, FRANCISCO MANUEL CEJUDO AGUILAR, FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA Y JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ 2687
- 585 EL CALEFACTOR Y EL PRINCIPAL MANTENIMIENTO QUE SE USA EN UNA CALDERA DE UN HOSPITAL**
JAVIER ALTAMIRANO VILLANUEVA, JOSE ALTAMIRANO SANCHEZ, FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA, JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ Y FRANCISCO MANUEL CEJUDO AGUILAR 2691
- 586 PERSONAL DE CALEFACTOR EN EL MANTENIMIENTO HOSPITALARIO EN LOS SISTEMAS DE CLIMATIZACIÓN Y AGUAS CALIENTES**
JAVIER ALTAMIRANO VILLANUEVA, JOSE ALTAMIRANO SANCHEZ, FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA, JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ Y FRANCISCO MANUEL CEJUDO AGUILAR 2695
- 587 EL CELADOR EN LA UCI**
MARÍA DEL RIVERO ARTIME 2699

- 588 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA PUERTA DE ENTRADA HOSPITALARIA.**
JOSE MANUEL GUTIÉRREZ CASTRO, ANTONIO GARCIA TOMAS,
DAVID SÁNCHEZ GARCÍA, IZASKU RODRIGUEZ CUESTA Y
CRISTINA MORENO CUESTAS 2703
- 589 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA.**
JOSE MANUEL GUTIÉRREZ CASTRO, ANTONIO GARCIA TOMAS,
DAVID SÁNCHEZ GARCÍA, IZASKU RODRIGUEZ CUESTA Y
CRISTINA MORENO CUESTAS 2707
- 590 EL CELADOR Y LA MOVILIZACIÓN DE LOS PACIENTES MÓRBIDOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
JOSE MANUEL GUTIÉRREZ CASTRO, ANTONIO GARCIA TOMAS,
DAVID SÁNCHEZ GARCÍA, IZASKU RODRIGUEZ CUESTA Y
CRISTINA MORENO CUESTAS 2711
- 591 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL ÁMBITO SANITARIO Y LA GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS**
DOLORES GIRÓN MOTA 2717
- 592 EL PERSONAL DE CELADOR EN CUANTO A LA MANIPULACIÓN DE CARGAS EN EL CENTRO HOSPITALARIO**
MARI CARMEN MUÑOZ DÍAZ, MARCELO DE PAZ MUÑOZ,
HÉCTOR GARCÍA GÓMEZ, BORJA LOPEZ ONSURBE Y FROILAN MORA SANTIAGO 2721
- 593 EL CELADOR Y SU ACTUACIÓN EN LA UNIDAD DE NEONATOS DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
MARCELO DE PAZ MUÑOZ, HÉCTOR GARCÍA GÓMEZ, MARI CARMEN MUÑOZ DÍAZ, BORJA LOPEZ ONSURBE Y FROILAN MORA SANTIAGO 2725
- 594 EL PERSONAL DE CELADOR Y SUS FUNCIONES EN LA SALA DE AUTOPSIAS DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
HÉCTOR GARCÍA GÓMEZ, MARI CARMEN MUÑOZ DÍAZ,
MARCELO DE PAZ MUÑOZ, BORJA LOPEZ ONSURBE Y FROILAN MORA SANTIAGO 2729

- 595 ACTUACIÓN DEL CELADOR EN SITUACIONES DE EMERGENCIA HOSPITALARIA**
CARLOS JESUS CARMONA HIDALGO, JORGE FRANCISCO MARTÍN MAZA Y PABLO MARTÍN ESCABIAS 2733
- 596 EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO CON LA GESTIÓN DE QUEJAS Y SUGERENCIAS EN EL ENTORNO SANITARIO**
ELENA TORRALBA FERNÁNDEZ, FRANCISCO AMARILLO GARCÍA, IVÁN GONZÁLEZ PIÑERO, CRISTINA PÉREZ PÉREZ Y BEATRIZ PEREZ PEREZ 2739
- 597 LA ATENCIÓN TELEFÓNICA SANITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA SEGÚN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO**
ELENA TORRALBA FERNÁNDEZ, BEATRIZ PEREZ PEREZ, CRISTINA PÉREZ PÉREZ, IVÁN GONZÁLEZ PIÑERO Y FRANCISCO AMARILLO GARCÍA 2745
- 598 LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y EL DESEMPEÑO LABORAL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO**
ELENA TORRALBA FERNÁNDEZ, IVÁN GONZÁLEZ PIÑERO, FRANCISCO AMARILLO GARCÍA, BEATRIZ PEREZ PEREZ Y CRISTINA PÉREZ PÉREZ 2751
- 599 LAS ACTUACIONES DEL CELADOR EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA**
LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ, ROBERTO CARLOS CABELLO CARMONA, MARIA ISABEL ARIAS SOTOCA, VERÓNICA PASTRANA RUIZ Y JOSÉ ESCUDERO DE LA GUÍA 2755
- 600 LAS AGRESIONES AL CELADOR: IMPACTO EN EL PERSONAL DE LA SALUD**
LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ, MARIA ISABEL ARIAS SOTOCA, ROBERTO CARLOS CABELLO CARMONA, JOSÉ ESCUDERO DE LA GUÍA Y VERÓNICA PASTRANA RUIZ 2759

- 601 PROTECCIÓN DE DATOS PARA CELADORES: PROTEGIENDO LA PRIVACIDAD Y LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN**
LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ, JOSÉ ESCUDERO DE LA GUÍA,
VERÓNICA PASTRANA RUIZ, ROBERTO CARLOS CABELLO
CARMONA Y MARIA ISABEL ARIAS SOTOCA 2763
- 602 AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD: TIPOS DE SOPORTES PARA EL ALMACENAMIENTO DE DATOS Y COPIAS DE SEGURIDAD**
EVA MUÑOZ ESPIN 2767
- 603 LA GESTIÓN DEL ADMINISTRATIVO SANITARIO Y LOS PROGRAMAS INFORMÁTICOS SANITARIOS EN LAS GERENCIAS DE SALUD PÚBLICA**
BIANCA ANCUTA PUSCAS, CRISTINA RUIZ SORIA Y BEATRIZ
CERCEDA LORENZANA 2771
- 604 EL PACIENTE EN URGENCIAS HOSPITALARIAS Y LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DEL ADMINISTRATIVO SANITARIO**
CRISTINA RUIZ SORIA, BEATRIZ CERCEDA LORENZANA Y BIANCA
ANCUTA PUSCAS 2777
- 605 EL ADMINISTRATIVO SANITARIO Y LA LABOR DE LA GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA SANITARIA**
BEATRIZ CERCEDA LORENZANA, BIANCA ANCUTA PUSCAS Y
CRISTINA RUIZ SORIA 2781
- 606 EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA: OBLIGACIÓN DE CONOCER LAS PARTES EN LAS QUE SE DIVIDE LA COCINA**
MARÍA CONCEPCIÓN GARCIA-HERAS, FERNANDO JAVIER CANO
GÓMEZ, MARÍA SOLEDAD RUIZ MOLERO, ALICIA SÁNCHEZ
LLANOS Y ELENA SÁNCHEZ LLANOS 2785
- 607 ACTUALIZACIÓN EN PROTOCOLOS DE EMERGENCIA Y EVACUACIÓN PARA CELADORES**
MARÍA DEL ROSARIO GARCÍA MARCOS, MARÍA BERNARDA
DOMENECH BUELE, RAÚL MARTÍN GARCÍA, ENCARNA LOPEZ
CABALLERO Y ELENA SÁNCHEZ LLANOS 2791

- 608 EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA: POSIBLES ERRORES U
OLVIDOS DEBIDO A LA RUTINA DURANTE SU LABOR**
MARÍA CONCEPCIÓN GARCIA-HERAS, ALICIA SÁNCHEZ LLANOS,
MARÍA SOLEDAD RUIZ MOLERO, FERNANDO JAVIER CANO
GÓMEZ Y ELENA SÁNCHEZ LLANOS 2795
- 609 LA LABOR DEL CELADOR EN CONSULTAS EXTERNAS EN EL
HOSPITAL**
ELENA SÁNCHEZ LLANOS, MARÍA BERNARDA DOMENECH BUELE,
RAÚL MARTÍN GARCÍA, MARÍA DEL ROSARIO GARCÍA MARCOS Y
ENCARNA LOPEZ CABALLERO 2799
- 610 EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA: UNIFORMIDAD Y
MEDIDAS HIGIÉNICO SANITARIAS EN SU LABOR**
MARÍA CONCEPCIÓN GARCIA-HERAS, MARÍA SOLEDAD RUIZ
MOLERO, FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ, ALICIA SÁNCHEZ
LLANOS Y ELENA SÁNCHEZ LLANOS 2803
- 611 FUNCIONES DEL CELADOR EN URGENCIAS**
ENCARNA LOPEZ CABALLERO, MARÍA BERNARDA DOMENECH
BUELE, RAÚL MARTÍN GARCÍA, MARÍA DEL ROSARIO GARCÍA
MARCOS Y ELENA SÁNCHEZ LLANOS 2807
- 612 EL CELADOR HOSPITALARIO: LABORES EN EL ANIMALARIO**
JOSE ANDRES BRAVO FERNANDEZ, ALICIA SÁNCHEZ LLANOS,
FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ, MARÍA SOLEDAD RUIZ
MOLERO Y MARÍA CONCEPCIÓN GARCIA-HERAS 2811
- 613 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO Y EL TRATO
CON EL PACIENTE/USUARIO DE AVANZADA EDAD**
FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ, EVA MARIA LOBATO DIAZ,
ELENA GALÁN MORANTE, ESTRELLA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ Y
ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS 2815

- 614 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO Y SU OBLIGACIÓN DE CONOCER LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS PACIENTES/USUARIOS**
FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ, ELENA GALÁN MORANTE,
ESTRELLA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, EVA MARIA LOBATO DIAZ Y
ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS 2819
- 615 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA TÉCNICA DEL SONDAGE VESICAL**
ANA SONIA FERNÁNDEZ MOLPECERES 2823
- 616 EL CELADOR: LABORES EN UNIDAD Y PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE TRAUMATOLOGÍA**
ELENA SÁNCHEZ LLANOS, JOSE ANDRES BRAVO FERNANDEZ,
ALICIA SÁNCHEZ LLANOS, MARÍA SOLEDAD RUIZ MOLERO Y
FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ 2827
- 617 EL CELADOR QUE REALIZA SU TRABAJO A TURNOS. CONSECUENCIAS PARA SU SALUD**
ENCARNA LOPEZ CABALLERO, JOSE ANDRES BRAVO FERNANDEZ,
ALICIA SÁNCHEZ LLANOS, FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ Y
MARÍA SOLEDAD RUIZ MOLERO 2831
- 618 AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO: FUNCIONES EN ARCHIVO**
ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS, ELENA GALÁN MORANTE,
FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ, EVA MARIA LOBATO DIAZ Y
ESTRELLA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ 2835
- 619 CÓMO AFECTA EL ESTRÉS A LOS ALBAÑILES, PEONES Y PERSONAL DE GESTION Y SERVICIOS DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
DIEGO RODRÍGUEZ RABADÁN ALHAMBRA 2839
- 620 EL CELADOR HOSPITALARIO Y EL CONOCIMIENTO DE LAS POSICIONES ANATÓMICAS**
ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS, ELENA GALÁN MORANTE,
FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ, EVA MARIA LOBATO DIAZ Y
ESTRELLA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ 2843

- 621 EL TELEFONISTA HOSPITALARIO: ACTUACIÓN FRENTE A UNA LLAMADA DE UN PACIENTE PSIQUIÁTRICO O ALTERADO
ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS, ELENA GALÁN MORANTE, ESTRELLA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ Y EVA MARIA LOBATO DIAZ 2847
- 622 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO RELATA SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE ADMISIÓN DE PACIENTES
DIANA AZCARAY GÓMEZ, MÓNICA ESCRIBANO BRAOJOS, ELIA GIJON GARCIA, MARÍA LUZ GONZÁLEZ AGUADO Y CRISTINA GALAN SANANDRES 2851
- 623 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO RELATA SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE TÚMULOS HOSPITALARIO
DIANA AZCARAY GÓMEZ, MARÍA LUZ GONZÁLEZ AGUADO, MÓNICA ESCRIBANO BRAOJOS, ELIA GIJON GARCIA Y CRISTINA GALAN SANANDRES 2855
- 624 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO RELATA SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE ONCOLOGÍA HOSPITALARIA
DIANA AZCARAY GÓMEZ, CRISTINA GALAN SANANDRES, MARÍA LUZ GONZÁLEZ AGUADO, MÓNICA ESCRIBANO BRAOJOS Y ELIA GIJON GARCIA 2859
- 625 DETECCIÓN PRECOZ DE LOS DAÑOS RELACIONADOS CON LAS CONDICIONES DE TRABAJO QUE TIENE LA PROFESIÓN DE ALBAÑIL Y PEONES DEL EQUIPO DE MANTENIMIENTO PERTENECIENTES AL GRUPO DE GESTIÓN Y SERVICIOS HOSPITALARIOS
DIEGO RODRÍGUEZ RABADÁN ALHAMBRA 2863
- 626 SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO EN LOS PROFESIONALES DE LA CONSTRUCCIÓN (ALBAÑILES Y PEONES), DEL EQUIPO DE MANTENIMIENTO DEL GRUPO DE GESTIÓN Y SERVICIOS HOSPITALARIOS
DIEGO RODRÍGUEZ RABADÁN ALHAMBRA 2869
- 627 ACTUACIÓN FRENTE A RIESGO BIOLÓGICO
SONIA ABAD CORTES 2873

- 628EL CELADOR HOSPITALARIO: CONTENCIÓN MECÁNICA EN
PACIENTES AGRESIVOS**
ALEJANDRO MORALES HERNÁNDEZ, JOSÉ MANUEL MORA
FERNÁNDEZ, MARIA DEL CARMEN MESA CASTRO, ROSA MARÍA
MUÑOZ SÁNCHEZ Y MARIA FERNÁNDEZ MARTINEZ 2877
- 629EL CELADOR HOSPITALARIO Y SUS FUNCIONES EN QUIRÓFANO**
ROSA MARÍA MUÑOZ SÁNCHEZ, JOSÉ MANUEL MORA
FERNÁNDEZ, MARIA DEL CARMEN MESA CASTRO, MARIA
FERNÁNDEZ MARTINEZ Y ALEJANDRO MORALES HERNÁNDEZ 2881
- 630RIESGOS EN LA MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS POR EL
CELADOR HOSPITALARIO**
MARIA FERNÁNDEZ MARTINEZ, ROSA MARÍA MUÑOZ SÁNCHEZ,
ALEJANDRO MORALES HERNÁNDEZ, MARIA DEL CARMEN MESA
CASTRO Y JOSÉ MANUEL MORA FERNÁNDEZ 2885
- 631EL RESPETO Y LA DIGNIDAD DE LOS PACIENTES EN MANOS DEL
CELADOR HOSPITALARIO**
MARIA NIEVES GARCÍA SALMERÓN, ANA MARIA DEL PUEBLO
MOLINA, DOMENICA AUDITORE BRICHETE, SOLEDAD DEL
PUEBLO MOLINA Y MARI ÁNGELES LÓPEZ JIMENEZ 2889
- 632SALUD OCUPACIONAL Y PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
PARA EL CELADOR HOSPITALARIO**
DOMENICA AUDITORE BRICHETE, MARIA NIEVES GARCÍA
SALMERÓN, ANA MARIA DEL PUEBLO MOLINA, SOLEDAD DEL
PUEBLO MOLINA Y MARI ÁNGELES LÓPEZ JIMENEZ 2893
- 633ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS/UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA (UCI/UVI)**
JUANI NAHARRO MILLA, JAVIER CRUZ SANTIAGO, ISABEL MARIA
GROMADA, MARIA JOSE GARCIA ATIENZA Y ALEJANDRO LÓPEZ
JARA 2897
- 634ACTUACIÓN DEL CELADOR EN QUIRÓFANO**
JUANI NAHARRO MILLA, JAVIER CRUZ SANTIAGO, ISABEL MARIA
GROMADA, MARIA JOSE GARCIA ATIENZA Y ALEJANDRO LÓPEZ
JARA 2901

- 635 GESTIÓN DE RESIDUOS Y MANEJO ADECUADO DE MATERIALES PELIGROSOS PARA EL CELADOR**
ANA MARIA DEL PUEBLO MOLINA, MARIA NIEVES GARCÍA SALMERÓN, DOMENICA AUDITORE BRICHETE, SOLEDAD DEL PUEBLO MOLINA Y MARI ÁNGELES LÓPEZ JIMENEZ 2905
- 636 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y CUIDADOS PALIATIVOS**
M.SOLEDAD GOMEZ GONZÁLEZ, VICTOR MOLINA SUAREZ, CRISTINA GAHETE PAREJA, MARÍA LOZANO LÓPEZ Y ROCIO GARCIA PUNZANO 2909
- 637 ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) AL PACIENTE CON NEUMONÍA**
M.SOLEDAD GOMEZ GONZÁLEZ, VICTOR MOLINA SUAREZ, CRISTINA GAHETE PAREJA, MARÍA LOZANO LÓPEZ Y ROCIO GARCIA PUNZANO 2913
- 638 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA NUTRICIÓN ENTERAL**
M.SOLEDAD GOMEZ GONZÁLEZ, VICTOR MOLINA SUAREZ, CRISTINA GAHETE PAREJA, MARÍA LOZANO LÓPEZ Y ROCIO GARCIA PUNZANO 2917
- 639 CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON OSTEOPOROSIS**
SONIA CORROCHANO GARRIDO, TAMARA CARRILLO LÓPEZ, ARACELI CARVAJAL TANTE, CRISTINA REQUENA MARTINEZ Y NOEMÍ CAMPILLO RODRÍGUEZ 2921
- 640 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA FRENTE A LA UNIDAD DE QUEMADOS**
SONIA CORROCHANO GARRIDO, TAMARA CARRILLO LÓPEZ, ARACELI CARVAJAL TANTE, CRISTINA REQUENA MARTINEZ Y NOEMÍ CAMPILLO RODRÍGUEZ 2925

- 641 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS ULCERAS POR PRESIÓN**
SONIA CORROCHANO GARRIDO, TAMARA CARRILLO LÓPEZ,
ARACELI CARVAJAL TANTE, CRISTINA REQUENA MARTINEZ Y
NOEMÍ CAMPILLO RODRÍGUEZ 2929
- 642 ALMACÉN HOSPITALARIO Y LAS TAREAS DEL CELADOR**
MARTA ALANIS AVILA, CRISTINA CAMINO MUÑOZ, MIGUEL
ANGEL ASPERILLA LOPEZ, RAUL MARTIN CARO CUDERO Y
NATALIA MARCOS GÓMEZ 2933
- 643 LA FARMACIA HOSPITALARIA Y LAS TAREAS DEL CELADOR EN ESTE SERVICIO**
CRISTINA CAMINO MUÑOZ, MIGUEL ANGEL ASPERILLA LOPEZ,
NATALIA MARCOS GÓMEZ, RAUL MARTIN CARO CUDERO Y
MARTA ALANIS AVILA 2937
- 644 ENDOSCOPIAS Y LAS TAREAS DEL CELADOR EN ESTE SERVICIO**
CRISTINA CAMINO MUÑOZ, MIGUEL ANGEL ASPERILLA LOPEZ,
NATALIA MARCOS GÓMEZ, RAUL MARTIN CARO CUDERO Y
MARTA ALANIS AVILA 2941
- 645 EL TRATAMIENTO DE DATOS DE UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE SANIDAD**
MARTA ORTEGA GOMEZ, MONICA NAVARRO AGUILERA, LARA
ALVAREZ ALCAIDE, ÁLVARO CASTILLO ORTEGA Y ELENA
ORTEGA GOMEZ 2945
- 646 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE SALUD**
MARTA ORTEGA GOMEZ, MONICA NAVARRO AGUILERA, LARA
ALVAREZ ALCAIDE, ÁLVARO CASTILLO ORTEGA Y ELENA
ORTEGA GOMEZ 2949
- 647 AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ENTORNO SANITARIO: INSCRIPCION DEL RECIEN NACIDO EN EL REGISTRO CIVIL**
MARTA ORTEGA GOMEZ, LARA ALVAREZ ALCAIDE, MONICA
NAVARRO AGUILERA, ÁLVARO CASTILLO ORTEGA Y ELENA
ORTEGA GOMEZ 2955

- 648CONTROL DE LA CONTAMINACIÓN ALIMENTARIA POR PARTE
DE LOS PINCHES DE COCINA EN EL ENTORNO HOSPITALARIO**
MAMERTA RODRÍGUEZ RIOJA, ANTONIA FERNANDEZ BELLON,
MARIA DOLORES TORIJA BARRAGAN, CARMEN JIMENEZ
MARTINEZ Y VICTOR SERRANO SIMON 2961
- 649FUNCIONES DEL CELADOR EN PLANTA HOSPITALARIA**
MIGUEL SORIA TORRALBA, ANDRÉS JESÚS PIQUERAS GONZÁLEZ,
MARIA FRANCISCA AVENDAÑO FILOSO, VIRGINIA CUERDA CANO
Y CELIA GONZÁLEZ CIFUENTES 2965
- 650FUNCIONES DEL CELADOR EN QUIRÓFANO**
MIGUEL SORIA TORRALBA, ANDRÉS JESÚS PIQUERAS GONZÁLEZ,
MARIA FRANCISCA AVENDAÑO FILOSO, VIRGINIA CUERDA CANO
Y CELIA GONZÁLEZ CIFUENTES 2969
- 651FUNCIONES DEL CELADOR EN RELACIÓN CON EL PACIENTE
FALLECIDO Y SALA DE AUTOPSIAS**
MIGUEL SORIA TORRALBA, ANDRÉS JESÚS PIQUERAS GONZÁLEZ,
MARIA FRANCISCA AVENDAÑO FILOSO, VIRGINIA CUERDA CANO
Y CELIA GONZÁLEZ CIFUENTES 2973
- 652EFICIENCIA EN LA PREPARACIÓN DE DIETAS ESPECIALES A
PACIENTES HOSPITALIZADOS REALIZADOS POR EL PINCHE DE
COCINA**
MARIA DOLORES TORIJA BARRAGAN, CARMEN JIMENEZ
MARTINEZ, VICTOR SERRANO SIMON, ANTONIA FERNANDEZ
BELLON Y MAMERTA RODRÍGUEZ RIOJA 2977
- 653POSIBLES ENFERMEDADES OCUPACIONALES EN EL PERSONAL
DE COCINA HOSPITALARIO**
VICTOR SERRANO SIMON, CARMEN JIMENEZ MARTINEZ,
MAMERTA RODRÍGUEZ RIOJA, MARIA DOLORES TORIJA
BARRAGAN Y ANTONIA FERNANDEZ BELLON 2981

- 654 ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PINCHE DE COCINA EN LA CINTA DE EMPLATADO DE UNA COCINA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
ROSA MARIA BRAVO LOPEZ, MARÍA DOLORES GARCÍA
CONSUEGRA GARCÍA CAPELLANA, VERONICA DONOSO CONDE,
FRANCISCO JAVIER PARRAS SANCHEZ Y MARÍA DEL CARMEN
BURGOS BASTANTE 2985
- 655 FUNCIONES QUE DESARROLLA EL PINCHE DE COCINA EN EL TRANSPORTE Y RECOGIDA DE BANDEJAS TÉRMICAS EN EL CENTRO HOSPITALARIO**
ROSA MARIA BRAVO LOPEZ, MARÍA DOLORES GARCÍA
CONSUEGRA GARCÍA CAPELLANA, VERONICA DONOSO CONDE,
FRANCISCO JAVIER PARRAS SANCHEZ Y MARÍA DEL CARMEN
BURGOS BASTANTE 2989
- 656 FUNCIONES QUE EFECTÚA EL PINCHE DE COCINA EN LA CÁMARA DE REFRIGERACIÓN DE UNA COCINA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
ROSA MARIA BRAVO LOPEZ, MARÍA DOLORES GARCÍA
CONSUEGRA GARCÍA CAPELLANA, VERONICA DONOSO CONDE,
FRANCISCO JAVIER PARRAS SANCHEZ Y MARÍA DEL CARMEN
BURGOS BASTANTE 2993
- 657 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ALMACÉN**
JOSE JORGE ALVAREZ ALVAREZ 2997
- 658 LA MALA MANIPULACIÓN DE CARGAS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS Y CÓMO EVITARLAS: PINCHES**
FRANCISCO JOSE CABRERA PRUAÑO, VIRTUDES HONRUBIA
AROCA, JUANA MARÍA MORENO SANCHEZ, FRANCISCO PÉREZ
JUÁREZ Y MANUELA JIMENEZ GONZALEZ 3001
- 659 LOS PINCHES Y LOS RIESGOS DE ACCIDENTES EN LAS COCINAS DE LOS HOSPITALES**
FRANCISCO JOSE CABRERA PRUAÑO, VIRTUDES HONRUBIA
AROCA, JUANA MARÍA MORENO SANCHEZ, FRANCISCO PÉREZ
JUÁREZ Y MANUELA JIMENEZ GONZALEZ 3005

- 660LAS IMPORTANTES NORMAS HIGIÉNICO-SANITARIAS QUE HAY EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS: PINCHE**
FRANCISCO JOSE CABRERA PRUAÑO, VIRTUDES HONRUBIA AROCA, JUANA MARÍA MORENO SANCHEZ, FRANCISCO PÉREZ JUÁREZ Y MANUELA JIMENEZ GONZALEZ 3009
- 661EL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA**
LUCIA GONZALEZ ROMAN FERNANDEZ CAÑADAS, MARÍA DEL MILAGRO GALLEGO CASTILLA, RUBÉN SANTACRUZ GALLEGO, FRANCISCO JAVIER GONZÁLEZ LÓPEZ Y MARIA LUISA MONEDERO IZQUIERDO 3013
- 662EL PERSONAL MECÁNICO Y EL MANTENIMIENTO DE LAS INSTALACIONES AUDIOVISUALES**
OSCAR CASTILLO ESPADAS, ANGEL CLEMENTE GONZÁLEZ RECIO, JOSE DANIEL SUSIN MONTERO, MARIO MARTÍNEZ LEÓN Y JUSTINIANO RODRIGO NARANJO 3017
- 663EL PERSONAL MECÁNICO EN EL ARREGLO DE UNA CAMA MÓVIL EN UN CENTRO HOSPITALARIO**
ANGEL CLEMENTE GONZÁLEZ RECIO, OSCAR CASTILLO ESPADAS, JOSE DANIEL SUSIN MONTERO, MARIO MARTÍNEZ LEÓN Y JUSTINIANO RODRIGO NARANJO 3021
- 664EL PERSONAL MECÁNICO Y SU LABOR DE MANTENIMIENTO EN UNA LAVANDERÍA DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
JUSTINIANO RODRIGO NARANJO, OSCAR CASTILLO ESPADAS, ANGEL CLEMENTE GONZÁLEZ RECIO, JOSE DANIEL SUSIN MONTERO Y MARIO MARTÍNEZ LEÓN 3025
- 665LOS RIESGOS ERGONÓMICOS DEL CELADOR**
DANIEL RODRIGUEZ ORDIZ 3029
- 666EL CELADOR ANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DEL PACIENTE CON POLITRAUMATISMO**
FRANCISCO JONATAN GARCESO GRUESO, MARIA ANGELES MOLINA GARCÍA, JUSTO CANALES BARTOLOME, JUAN CARLOS PÉREZ SELVA Y ANTONIO HERVÁS GARCÍA 3033

- 667 TAREAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE CENTROS DE SALUD**
MARINA GUERRERO GARCIA, NURIA CARRASCO MURILLO,
FRANCISCO JOSÉ VERGAZ TORRECILLA, PATRICIA VERDÚ
CHUMILLAS Y ANA MARÍA BARRAJÓN EXPÓSITO 3037
- 668 EL CELADOR ANTE EL PACIENTE QUE INGRESA EN URGENCIAS PROCEDENTE DE ACCIDENTE DE TRÁFICO**
MARIA ANGELES MOLINA GARCÍA, FRANCISCO JONATAN
GARCESO GRUESO, JUAN CARLOS PÉREZ SELVA, JUSTO CANALES
BARTOLOME Y ANTONIO HERVÁS GARCÍA 3043
- 669 EL CELADOR ANTE LA INTERVENCIÓN DE UN PACIENTE CON COVID-19**
MARIA ANGELES MOLINA GARCÍA, ANTONIO HERVÁS GARCÍA,
FRANCISCO JONATAN GARCESO GRUESO, JUAN CARLOS PÉREZ
SELVA Y JUSTO CANALES BARTOLOME 3047
- 670 EL CELADOR ANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE CÁNCER DE MAMA**
MARIA ANGELES MOLINA GARCÍA, FRANCISCO JONATAN
GARCESO GRUESO, JUAN CARLOS PÉREZ SELVA, JUSTO CANALES
BARTOLOME Y ANTONIO HERVÁS GARCÍA 3051
- 671 TAREAS QUE DESEMPEÑA EL CELADOR EN EL ASEO DEL PACIENTE GRAN QUEMADO**
DIEGO GUZMÁN LOPEZ, JORGE GUZMÁN LÓPEZ, MARÍA ESTELA
CORRALES FERNÁNDEZ, M CARMEN NAVARRO RAYA Y SARAY
RODRÍGUEZ 3055
- 672 TAREAS QUE DESEMPEÑA EL CELADOR EN LA COLOCACIÓN DE LA MEDICACIÓN HOSPITALARIA**
DIEGO GUZMÁN LOPEZ, JORGE GUZMÁN LÓPEZ, MARÍA ESTELA
CORRALES FERNÁNDEZ, M CARMEN NAVARRO RAYA Y SARAY
RODRÍGUEZ 3059

- 673 TAREAS QUE DESEMPEÑA EL CELADOR EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA**
DIEGO GUZMÁN LOPEZ, JORGE GUZMÁN LÓPEZ, MARÍA ESTELA CORRALES FERNÁNDEZ, M CARMEN NAVARRO RAYA Y SARAY RODRÍGUEZ 3063
- 674 EL CELADOR EN URGENCIAS**
MARIA PILAR ESCOBAR INFANTE Y ISABEL MARIA SARRIA ARROYO 3067
- 675 COCINA HOSPITALARIA, BASE DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA**
ROSARIO MARTINEZ DOMINGUEZ, MARIA AURORA LÓPEZ SERRANO, ANA GARCÍA, LIDIA GIL MORENO Y MARÍA JOSÉ COPETE ESPARCIA 3071
- 676 LA COCINA HOSPITALARIA. EL PRINCIPIO DE MARCHA ADELANTE. ZONAS DE TRABAJO. FUNCIONES DEL PINCHE DE COCINA**
ROSARIO MARTINEZ DOMINGUEZ, MARIA AURORA LÓPEZ SERRANO, ANA GARCÍA, MARÍA JOSÉ COPETE ESPARCIA Y LIDIA GIL MORENO 3077
- 677 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO**
FRANCISCO JOSÉ VERGAZ TORRECILLA, PATRICIA VERDÚ CHUMILLAS, NURIA CARRASCO MURILLO, ANA MARÍA BARRAJÓN EXPÓSITO Y MARINA GUERRERO GARCIA 3081
- 678 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA**
PATRICIA VERDÚ CHUMILLAS, FRANCISCO JOSÉ VERGAZ TORRECILLA, NURIA CARRASCO MURILLO, ANA MARÍA BARRAJÓN EXPÓSITO Y MARINA GUERRERO GARCIA 3085
- 679 TERAPIA OCUPACIONAL Y FISIOTERAPIA EN INFARTO CEREBRAL**
RAQUEL NAVARRO PONCE, NIEVES TÉLLEZ GÓMEZ, VIRGINIA PÉREZ BRAVO, DANIEL CARRERO GARCÍA-MINGUILLÁN Y ANA BELÉN DÍAZ RODENAS 3089

- 680**TERAPIA OCUPACIONAL Y FISIOTERAPIA EN LESIÓN MEDULAR
RAQUEL NAVARRO PONCE, NIEVES TÉLLEZ GÓMEZ, VIRGINIA
PÉREZ BRAVO, DANIEL CARRERO GARCÍA-MINGUILLÁN Y ANA
BELÉN DÍAZ RODENAS 3093
- 681**TERAPIA OCUPACIONAL Y FISIOTERAPIA EN LA IMPORTANCIA
DEL EJERCICIO FÍSICO EN LA EDAD ADULTA
RAQUEL NAVARRO PONCE, NIEVES TÉLLEZ GÓMEZ, VIRGINIA
PÉREZ BRAVO, DANIEL CARRERO GARCÍA-MINGUILLÁN Y ANA
BELÉN DÍAZ RODENAS 3099
- 682**INTERVENCIÓN EN DISFAGIA NEURÓGENA DESDE TERAPIA
OCUPACIONAL
BEATRIZ MARTÍNEZ MARTÍNEZ, ALEXANDRA ARANDA ROMERO,
CLARA ISABEL POVEDA ORTÍN, SILVIA EXPOSITO Y ANGELA
GUIRADO MARTOS 3105
- 683**EL PLANCHADOR/A EN LAS FASES DE LA ROPA DESDE QUE
LLEGA SUCIA HASTA LLEGAR A LA ZONA LIMPIA EN CENTROS
SANITARIOS
FRANCISCA HONRUBIA VILLENA, ISABEL ATIENZAR GÓMEZ,
ADORACIÓN DIAZ SEGOVIA, URSULA DIAZ SEGOVIA Y MARIA
ENGRACIA DIAZ SEGOVIA 3111
- 684**LAS CONDICIONES LABORALES A LAS QUE SE ENCUENTRAN
LOS PLANCHADORES/AS DE LOS CENTROS SANITARIOS
FRANCISCA HONRUBIA VILLENA, ISABEL ATIENZAR GÓMEZ,
ADORACIÓN DIAZ SEGOVIA, URSULA DIAZ SEGOVIA Y MARIA
ENGRACIA DIAZ SEGOVIA 3115
- 685**LAS TAREAS DEL CELADOR EN LA CONSULTA DE ECOGRAFÍA
VAGINAL
CARMEN MORA DÍAZ, PABLO MARTÍN SERRANO, GREGORIA
DUQUE LORENTE, DIANA MIRA RODRÍGUEZ Y MAGDALENA
SALAZAR CANO 3119

- 686 LAS TAREAS DEL CELADOR EN LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA**
CARMEN MORA DÍAZ, PABLO MARTÍN SERRANO, GREGORIA DUQUE LORENTE, DIANA MIRA RODRÍGUEZ Y MAGDALENA SALAZAR CANO 3123
- 687 LAS TAREAS DEL CELADOR EN LA CONSULTA DEL INTERNISTA**
CARMEN MORA DÍAZ, GREGORIA DUQUE LORENTE, PABLO MARTÍN SERRANO, DIANA MIRA RODRÍGUEZ Y MAGDALENA SALAZAR CANO 3127
- 688 INTERVENCIÓN DE ASEO Y DUCHA EN PACIENTE DE ULE DESDE TERAPIA OCUPACIONAL**
BEATRIZ MARTÍNEZ MARTÍNEZ, ALEXANDRA ARANDA ROMERO, CLARA ISABEL POVEDA ORTÍN, SILVIA EXPOSITO Y ANGELA GUIRADO MARTOS 3131
- 689 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁREA DE URGENCIAS HOSPITALARIAS**
ANDRÉS JESÚS PIQUERAS GONZÁLEZ, VIRGINIA CUERDA CANO Y CELIA GONZÁLEZ CIFUENTES 3137
- 690 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO**
ANDRÉS JESÚS PIQUERAS GONZÁLEZ, VIRGINIA CUERDA CANO Y CELIA GONZÁLEZ CIFUENTES 3141
- 691 SERVICIO DE PLANCHA: TIPOS DE ROPA Y TEJIDOS QUE ENCONTRAMOS EN ESTE SERVICIO EN CENTROS SANITARIOS**
FRANCISCA HONRUBIA VILLENA, ISABEL ATIENZAR GÓMEZ, ADORACIÓN DIAZ SEGOVIA, URSULA DIAZ SEGOVIA Y MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA 3145
- 692 RIESGOS LABORALES Y MEDIDAS PREVENTIVAS DE LOS PINCHES DE LA COCINA HOSPITALARIA**
ROSARIO MARTINEZ DOMINGUEZ, ANA GARCÍA, LIDIA GIL MORENO, MARÍA JOSÉ COPETE ESPARCIA Y MARIA AURORA LÓPEZ SERRANO 3149

- 693INTERVENCIÓN EN DOMICILIO DE PACIENTE CON DEMENCIA
POR CUERPOS DE LEWY DESDE TERAPIA OCUPACIONAL**
BEATRIZ MARTÍNEZ MARTÍNEZ, ALEXANDRA ARANDA ROMERO,
CLARA ISABEL POVEDA ORTÍN, SILVIA EXPOSITO Y ANGELA
GUIRADO MARTOS 3155
- 694EL TRABAJO DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN LAS
ADICCIONES.**
ANA BELÉN ALCOCER ORTEGA, MIRIAM SOSA GORDO, SONIA
CANO PIQUERAS, OLGA LÓPEZ DURÁN Y JOSEFA CAÑAS
CARRILLO 3161
- 695EL TRABAJO DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN PACIENTES
INTERVENIDOS DE FRACTURA DE CADERA**
ANA BELÉN ALCOCER ORTEGA, JOSEFA CAÑAS CARRILLO, OLGA
LÓPEZ DURÁN, SONIA CANO PIQUERAS Y MIRIAM SOSA GORDO 3165
- 696EL ROL DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN LOS PACIENTES QUE
SUFREN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON.**
ANA BELÉN ALCOCER ORTEGA, OLGA LÓPEZ DURÁN, JOSEFA
CAÑAS CARRILLO, MIRIAM SOSA GORDO Y SONIA CANO
PIQUERAS 3169
- 697LA MAQUINARIA EN COCINA LA HOSPITALARIA QUE ES USADA
POR EL PINCHE DE LA COCINA HOSPITALARIA**
NIEVES GÓMEZ ZAPATA, PATROCINIO ALFARO GARCIA, ISABEL
MORENO SÁEZ, MARÍA JOSÉ CIFUENTES CORBELLAS Y EVA
MARIA MORENO ESCUDERO 3173
- 698LA PLONGE EN LA COCINA HOSPITALARIA POR EL PINCHE.**
NIEVES GÓMEZ ZAPATA, PATROCINIO ALFARO GARCIA, ISABEL
MORENO SÁEZ, MARÍA JOSÉ CIFUENTES CORBELLAS Y EVA
MARIA MORENO ESCUDERO 3177
- 699EL PINCHE DE COCINA Y LOS SISTEMAS DE PRODUCCIÓN QUE
SEN ENCUENTRAN EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS**
NIEVES GÓMEZ ZAPATA, PATROCINIO ALFARO GARCIA, ISABEL
MORENO SÁEZ, MARÍA JOSÉ CIFUENTES CORBELLAS Y EVA
MARIA MORENO ESCUDERO 3181

Capítulo 1

PROTOCOLOS Y ALGORITMOS DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS ANTE LOS PACIENTES CON INTENTO AUTOLÍTICO

MONTSERRAT COMINO BRUNNER

ELSA MOLINERO CASTAÑEDA

LOURDES IZQUIERDO MINGUEZ

SARA CASTELLANOS CASTRO

CRISTINA SERRANO MOVILLA

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud define el suicidio como el acto deliberado de quitarse la vida. Cada año se suicidan cerca de 700.000 personas, siendo la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años en 2019. Además, en la población general, un intento de suicidio no consumado es el factor individual de riesgo más importante.

Este tipo de conducta, este tipo de conducta, se encuentra dentro de un concepto más amplio llamado ideación suicida, que lleva al intento autolítico (intento de suicidio). La conducta suicida esta influenciada por diversas causas tales como la pobreza, desempleo, humillación, pérdida de seres queridos, ruptura

de relaciones amorosas, maltratos durante la infancia; además de determinados trastornos mentales como la depresión y la esquizofrenia .

Los intentos autolítico tienen mayor prevalencia que los suicidios, se estima que cada 20 intentos autolítico hay un caso de suicidio cometido. Este tipo de comportamientos albergan desde ideas pasivas de muerte hasta pensamientos suicidas. Un intento suicida puede definirse como una secuencia de acciones que inicia una persona con pensamientos suicidas, las cuales pueden resultar en la muerte. A menudo, los servicios de urgencias son el primer lugar de contacto para la persona que está teniendo un intento autolítico, es por ello por lo que juegan un papel fundamental en la prevención, detección y tratamiento del suicidio. Por lo tanto, es de vital importancia que los servicios de urgencia dispongan de un protocolo de intervención eficaz para evitar el intento autolítico del paciente.

2 Objetivos

- Analizar los protocolos y/o algoritmos desarrollados para actuar ante situaciones de intento autolítico en el Servicio de Urgencias y Emergencias 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

Para la presente revisión sistemática, se han incluido tres estudios. El primer estudio incluido ha planteado la implementación de un protocolo basado en los modelos de espacios seguros como alternativas para atender a las personas que experimentan angustia emocional y/o crisis suicidas que acuden al servicio de urgencias y emergencias hospitalarias y ambulatorias. Estos investigadores plantean la creación de estos espacios seguros como alternativas aceptables y eficaces para brindar una atención hospitalaria más segura a los pacientes que presenten angustia emocional y/o crisis suicidas. Se trata de un modelo sencillo y fácil de

implementar en los servicios de urgencia. (6)

El segundo estudio incluido en esta revisión fijó como objetivo desarrollar y consensuar el “Protocolo SecUrgence”, un protocolo clínico que pretende evaluar y atender a las personas con riesgo de suicidio. El “Protocolo SecUrgence” incluyó 50 ítems evaluables, consiguiendo el consenso tras ser evaluado por dos grupos de expertos. Este protocolo es una respuesta a la necesidad urgente de actuación para prevenir las muertes por suicidios en personas con intento autolítico en centros sanitarios. (7)

Por último, el tercer estudio de esta revisión sistemática planteó como objetivo utilizar el método Delphi de consenso de expertos para desarrollar directrices para el personal que atiende personas con intentos suicidas en entornos agudos. Los principales hallazgos fueron que las directrices debían incluir puntos que abarcasen el contacto inicial, la evaluación, la derivación, el alta y el seguimiento. Dando especial importancia a toda la formación del personal y la vinculación con los servicios de postratamiento de la comunidad. Estas directrices pueden utilizarse para el desarrollo de políticas intrahospitalarias que puedan implementarse en los servicios de urgencia para conseguir una intervención segura y eficaz. (8)

5 Discusión-Conclusión

La escasa estandarización de los protocolos de urgencia ante situaciones de intento de suicidio ligado al incremento de los casos en los últimos años ha generado la necesidad de desarrollar protocolos para su atención. Los protocolos analizados en los estudios incluidos en esta revisión presentan una alta calidad científica debido al proceso de evaluación seguido. Sin embargo, se necesita un mayor número de estudios que ayuden a estandarizar este tipo de protocolos y ayudar a prevenir los intentos autolíticos.

Los principales hallazgos de este trabajo afirman la necesidad de implementar un protocolo diferente ante personas en intento autolítico. Por otro lado, es fundamental que los protocolos desarrollados incluyan los siguientes aspectos: el contacto inicial, la evaluación, la derivación, el alta y el seguimiento, la formación del personal y la vinculación con los servicios de postratamiento de la comunidad.

6 Bibliografía

1. OMS. Datos y cifras de suicidio. 17 de junio de 2021. Organización Mundial de la Salud. Visitado el 17 de agosto de 2023: <https://www.who.int/es/news-room/fact->

sheets/detail/suicide

2. Hernández Soto, P. A., & Villarreal Casate, R. E. Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. *Medisan*. 2015, 19(8), 1051-1058.
3. Villar, F., Castellano-Tejedor, C., Verge, M., Sánchez, B., & Blasco-Blasco, T. Predictors of Suicide Behavior Relapse in Pediatric Population. *The Spanish journal of psychology*. 2018, 21, E6. <https://doi.org/10.1017/sjp.2018.7>
4. Doshi A, Boudreaux ED, Wang N, Pelletier AJ, Camargo Jr CA. National Study of US Emergency Department Visits for Attempted Suicide and Self-Inflicted Injury, 1997-2001. *Ann Emerg Med*. 2005;46(4):369-75.
5. Betz ME, Boudreaux ED. Managing suicidal patients in the Emergency Department. *Ann Emerg Med*. 2016;67(2):276-82.
6. Banfield M, Fitzpatrick SJ, Lamb H, Giugni M, Caelear AL, Stewart E, Pavloudis M, Ellen L, Sargent G, Skeat H, Edwards B, Miller B, Gulliver A, Ellis LA, Bliokas V, Goj P, Lee M, Stewart K, Webb G, Main M, Lumby C, Wells K, McKay C, Batterham PJ, Morse AR, Shand F; Stride Safe Space Team. Co-creating safe spaces: Study protocol for translational research on innovative alternatives to the emergency department for people experiencing emotional distress and/or suicidal crisis. *PLoS One*. 2022 Oct 3;17(10):e0272483. doi: 10.1371/journal.pone.0272483.
7. Rassy J, Lesage A, Labelle R, Saadi F, Goulet MH, Genest C, Maltais N, Larue C. Assessment and care of individuals at risk of suicide in Emergency Department: The SecUrgence protocol. *Int Emerg Nurs*. 2022 Sep;64:101199. doi: 10.1016/j.ienj.2022.101199. Epub 2022 Aug 23.
8. Hill NTM, Shand F, Torok M, Halliday L, Reavley NJ. Development of best practice guidelines for suicide-related crisis response and aftercare in the emergency department or other acute settings: a Delphi expert consensus study. *BMC Psychiatry*. 2019 Jan 7;19(1):6. doi: 10.1186/s12888-018-1995-1.

Capítulo 2

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE CETOACIDOSIS DIABÉTICA Y SÍNDROME HIPERGLUCÉMICO HIPEROSMOLAR: ACTUALIZACIÓN CLÍNICA Y TERAPÉUTICA

LOURDES SEGOVIA GARCÍA DE MARINA

LIRIA CHAMORRO RUFO

SONIA BRICEÑO GARCÍA

SANDRA CASTELLANOS CUEVAS

MARIA CRUCES RODRÍGUEZ PERAL LÓPEZ ASTILLEROS

1 Introducción

La cetoacidosis diabética (CAD) y el síndrome hiperglucémico hiperosmolar (SHH) o también llamado síndrome hiperglucémico hiperosmótico no cetósico (HHNK), son dos de las complicaciones agudas más graves de la diabetes. Cada uno representa un extremo en el espectro hiperglucémico.

En este trabajo, desarrollaremos la epidemiología, los factores responsables de las anomalías metabólicas de la CAD y HHS, características clínicas, la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento.

Hasta ahora no ha habido muchos cambios a nivel de tratamientos de estas dos entidades, pero sí que siguen siendo de especial importancia su prevalencia en nuestros hospitales y siguen requiriendo de atención hospitalaria, muchos de ellos ingreso en UCI.

Las alteraciones metabólicas son de especial importancia en estas patologías, ya que requieren de un control exhaustivo, puesto que la mortalidad es alta si no controla de forma minuciosa en nuestras unidades de cuidados intensivos.

Al igual ocurre con el control de los iones, muy importante también estas dos patologías de especial relevancia, entre ellos las alteraciones del sodio y del potasio son las más importantes a tener en cuenta.

De hecho, nos solo debemos conocer su fisiopatología, si no el origen y el tratamiento más adecuado para la misma, ya que eso determinará el pronóstico de nuestros pacientes.

2 Objetivos

- Conocer las principales diferencias clínicas entre la cetoacidosis diabética y el síndrome hiperosmolar.
- Revisar el tratamiento específico de cada una de estas patologías y ver sus principales diferencias.
- Actualización clínica y terapéutica de estas dos patologías que tan frecuentes aparecen en nuestros hospitales.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de artículos de revistas indexadas que se han recogido de buscadores como PubMed publicados en los últimos 5 años. Lo que se ha intentado realizar es una búsqueda exhaustiva sobre las principales plataformas donde podamos hacer un estudio descriptivo de las dos patologías y hacer una revisión a las mismas, no solo a nivel fisiopatológico, sino haciendo un repaso a su patogenia y a su tratamiento.

4 Resultados

EPIDEMIOLOGÍA

La cetoacidosis diabética (CAD) es típica principalmente de la DM tipo 1. También puede aparecer en la tipo 2, pero principalmente en situaciones de estrés extremo

tipo infecciones graves, emergencias cardiovasculares o traumatismos.

La CAD es más frecuente en pacientes jóvenes menores de 65 años, mientras que el SHH es más típico de pacientes mayores e incluso ancianos (1).

La mortalidad se debe principalmente a la enfermedad precipitante y en raras ocasiones, a las complicaciones metabólicas de la hiperglucemia o la cetoacidosis (1).

FACTORES PRECIPITANTES

Unos de los factores precipitantes más frecuentes es la infección (tipo neumonía o infección del tracto urinario). Y en personas ancianas, la disminución de la ingesta de agua, particularmente en pacientes mayores, puede promover el desarrollo de deshidratación severa y SHH (3).

Los factores precipitantes de estas entidades son (3):

1. CAD:

- Trasgresión en el tratamiento con insulina.
- Diabetes de aparición de novo (20-25%).
- Enfermedad grave: accidente cerebrovascular, infección, infarto agudo de miocardio (IAM) y pancreatitis aguda.
- Fármacos: olanzapina, cocaína, litio, inhibidores de SGLT2, terbutalina y clozapina.

2. SHH:

- Tratamiento inadecuado de insulina o incumplimiento (21-41%).
- Endocrino: acromegalia, tirotoxicosis, Sd. cushing
- Enfermedad grave: infección del tracto urinario, infección (33-60%), neumonía, sepsis, accidente cerebrovascular, infarto de miocardio, pancreatitis aguda, embolia pulmonar aguda, obstrucción intestinal, diálisis, peritoneal, trombosis mesentérica, golpe de calor, hipotermia, quemaduras severas.
- Fármacos: Betabloqueantes, Antagonistas del calcio, clorpromazina, clortalidona, cimetidina, clozapina, diazóxido, ácido etacrínico, agentes inmunosupresores, L-asparaginasa, loxapina, olanzapina, fenitoína, propranolol, esteroides, Tiazídicos, nutrición parenteral total.
- Diabetes mellitus no diagnosticada.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

La evolución de la CAD suele ser rápida, por lo general en un período de 24 horas. En cambio, los síntomas del SHH se desarrollan más lento con la aparición de

poliuria, polidipsia y pérdida de peso que, a menudo, aparecen durante algunos días antes de la hospitalización.

Los primeros síntomas de hiperglucemia marcada son polidipsia, poliuria y pérdida de peso. A medida que progresa la hiperglucemia tanto en grado como en duración, pueden aparecer síntomas neurológicos como puede ser obnubilación, letargo y signos focales. Esto puede progresar al coma en etapas posteriores. Los síntomas neurológicos son más comunes en SHH, mientras que la hiperventilación y el dolor abdominal se limitan principalmente a pacientes con CAD.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

Tanto la CAD como el SHH son emergencias médicas que requieren de soporte inmediato en el hospital. La evaluación inicial de los pacientes con crisis hiperglucémicas debe incluir la evaluación del estado cardiorrespiratorio, de la volemia y el estado mental. Se deben solicitar analítica completa, gasometría arterial y radiografía de tórax.

La infección (más comúnmente neumonía e infección del tracto urinario) es un evento desencadenante más común. Por lo tanto, se deben sacar cultivos si hay sospecha clínica.

La medición de la hemoglobina glucosilada (A1C) es de gran utilidad para determinar si el episodio agudo es la culminación de un proceso evolutivo en una diabetes previamente no diagnosticada o mal controlada o un episodio verdaderamente agudo en un paciente bien controlado.

Hallazgos de laboratorio:

La hiperglucemia y la hiperosmolalidad son unos hallazgos de laboratorio en pacientes con CAD o HHS muy frecuentes. Los pacientes con CAD también tienen una acidosis metabólica con brecha aniónica alta como se ha comentado previamente en apartados anteriores.

Glucosa sérica

Según la glucosa sérica que se halle en los análisis de laboratorio se puede clasificar la CAD en:

- Clásica cuando la concentración de glucosa en plasma es de 350 y 500 mg/dL (19,4 a 27,8 mmol/L) y en la SHH pero puede superar los 1000 mg/dL (56 mmol/L) en SHH.
- CAD euglucémica: la glucosa sérica es normal o casi normal, particularmente en pacientes con mala ingesta oral, tratamiento con insulina previo, mujeres embarazadas o personas que toman inhibidores de transportador 2 de sodio-glucosa (SGLT2) (3).

Cetonas

Las cetonas séricas se producen y se acumulan en tres cuerpos cetónicos en la CAD (4):

- Ácido acetoacético: que es el único que es un verdadero cetoácido.
- Ácido beta-hidroxibutírico: un hidroxiaácido formado por la reducción del ácido acetoacético.
- Acetona: se deriva de la descarboxilación del ácido acetoacético (4).

Acidosis metabólica con desequilibrio aniónico:

En la CAD puede aparecer un desequilibrio aniónico sérico superior a 20 mEq/L. Sin embargo, el aumento de la brecha aniónica es variable y está determinado por varios factores: la tasa y la duración de la producción de cetoácidos, el metabolismo de los cetoácidos y su pérdida en la orina; y el volumen de distribución de los aniones de cetoácidos (7).

Sodio sérico:

La mayoría de los pacientes con CAD y SHH tienen hiponatremia leve, pero los pacientes que tienen una diuresis osmótica marcada pueden tener una concentración sérica de sodio (Na) normal o incluso elevada (7).

La concentración sérica de Na en DKA y HHS refleja el equilibrio entre el efecto dilucional del agua que sale de las células en respuesta al aumento de la osmolalidad sérica inducido por la hiperglucemia y el aumento en la excreción de agua libre de electrolitos debido a la diuresis osmótica inducida por la glucosuria (7).

Déficit de potasio:

Los pacientes con CAD o SHH tienen un déficit de potasio. A pesar de este déficit, la concentración sérica de potasio suele estar elevada en el momento de la presentación, ya que tanto la deficiencia de insulina como la hiperosmolaridad provocan el movimiento del potasio fuera de las células hacia el líquido extracelular (ECF) (4, 7, 8).

Amilasa y lipasa:

Los niveles séricos de amilasa y lipasa están elevados en 15 a 25 por ciento de los pacientes con CAD y, en la mayoría de los casos, no reflejan pancreatitis aguda (9).

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

La cetoacidosis diabética (CAD) y el estado hiperglucémico hiperosmolar (HHS) se distinguen por la ausencia de cetoacidosis y, por lo general, un mayor grado de hiperglucemia en el HHS.

TRATAMIENTO

Corrección de anomalías de líquidos y electrolitos:

Infusión de volumen:

Siempre será el primer paso en el tratamiento de la CAD o el SHH. Lo que más se utiliza es la infusión de solución salina isotónica para expandir el volumen extracelular y estabilizar el estado cardiovascular (7).

Corrección del potasio:

La situación del potasio en estas patologías suele ser tendencia al déficit de este, principalmente por el uso indiscriminado de insulina que se realiza en estas patologías para su tratamiento. Por lo tanto, de cara a la reposición de líquidos, hay que tener en cuenta en reponer este ion con el objetivo evitar su carencia (6).

Insulina

Se debe administrar insulina intravenosa (IV) en dosis bajas a todos los pacientes con CAD de moderada a grave que tengan un potasio sérico $\geq 3,3$ mEq/l (6).

El tratamiento puede iniciarse con un bolo IV de insulina regular (0,1 unidades/kg de peso corporal) seguido dentro de los cinco minutos de una infusión continua de insulina regular de 0,1 unidades/kg por hora (equivalente a 7 unidades/hora en un paciente de 70 kg) (6).

Corrección de la acidosis

La corrección de la acidosis es de cierta manera importante, aunque no es obligatorio el comienzo de la perfusión con bicarbonato si el pH no es menor de 6,9. De hecho, recomiendan su reposición de manera cuidadosa, ya que el comienzo con bicarbonato en perfusión puede provocar alteraciones iónicas tipo hipernatremia, que puede incluso empeorar el pronóstico.

5 Discusión-Conclusión

Estamos ante dos patologías que en nuestro medio son de especial interés, ya que producen bastante morbilidad en nuestros hospitales.

Como se ha expuesto en este capítulo, hay grandes diferencias en cuanto a presentación clínica de estos dos espectros de patología. La cetoacidosis diabética es más frecuente en pacientes jóvenes y principalmente secundaria a descompensación de diabetes mellitus tipo I principalmente secundaria a la trasgresión del tratamiento, por lo general, de estos pacientes. En cambio, el síndrome hiperosmolar es mucho más frecuente en pacientes más mayores diagnosticados de diabetes mellitus tipo II y se debe principalmente a la deshidratación, ya sea cualquier origen, secundario, a procesos infecciosos o bien por ausencia de consumo de líquidos.

El tratamiento no es muy diferente, ya que ambas presentan alteraciones metabólicas secundarias a la patología, como es la cetoacidosis diabética con el uso de bicarbonato produce alteraciones en el potasio o bien por el uso de insulina en el caso del síndrome hiperosmolar que también producen alteraciones en este ion originando por lo general hipopotasemia.

No es poco habitual la aparición de alteraciones iónicas, como antes hemos expuesto del potasio, provocando en algunas ocasiones alteraciones en el ritmo cardíaco. Por ello, no solo debemos tratar la patología, sino también vigilar las alteraciones iónicas y metabólicas secundarias al tratamiento de la CAD.

La cetoacidosis diabética es mucho más frecuente en pacientes jóvenes con DM tipo 1. En cambio, el síndrome hiperosmolar hiperglucémico es típico de pacientes más mayores con DM tipo 2.

La causa principal de la CAD es el mal cumplimiento del tratamiento, pero también aparece como debut en muchos casos de DM tipo 1, principalmente más prevalente en jóvenes o niños

El SHH es más frecuente en pacientes mayores diagnosticados de DM tipo 2 y aparece principalmente secundario a procesos de deshidratación.

Las principales alteraciones metabólicas es la acidosis metabólica en CAD que es corregida en muchas ocasiones con bicarbonato, pero siempre teniendo en cuenta los cambios abruptos que se produce con el potasio, ya que muchos de estos pacientes padecen de hipopotasemia iatrogénica secundaria al tratamiento de CAD.

6 Bibliografía

1. Ramirez Stieben LA, Gago Noble PM, Jaimet MC. [Analysis of the variables involved in the time to resolution of metabolic parameters in adults with diabetic ketoacidosis]. Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba. 2022;79(3):223-7.
2. Philippe J. Insulin regulation of the glucagon gene is mediated by an insulin-responsive DNA element. Proc Natl Acad Sci U S A. 1991;88(16):7224-7.
3. Gonzalez-Castro A, Ortiz Lasa M, Jimenez Alfonso A. Euglycemic diabetic ketoacidosis. Med Clin (Barc). 2019;152(10):416-7.
4. Dominiczak JWBMMH. Bioquímica médica Elsevier Mosby. 2011;Tercera edición 266.
5. Moreno Obregon F, Espino Montoro A, Marin Martin J, Leon Jimenez D. [Severe diabetic ketoacidosis, acute kidney injury and dehydration due to canagliflozin in type 2 diabetes mellitus patient: Atypical clinical presentation]. Aten Primaria. 2019;51(10):664-6.

6. Evans K. Diabetic ketoacidosis: update on management. Clin Med (Lond). 2019;19(5):396-8.
7. Dhatariya KK, Glaser NS, Codner E, Umpierrez GE. Diabetic ketoacidosis. Nat Rev Dis Primers. 2020;6(1):40.
8. Benoit SR, Zhang Y, Geiss LS, Gregg EW, Albright A. Trends in Diabetic Ketoacidosis Hospitalizations and In-Hospital Mortality - United States, 2000-2014. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2018;67(12):362-5.
9. Neuta-Dizu-Samay L, Rosales-Hernandez LA, Cueto-Robledo G, Roldan-Valadez E. Diabetic ketoacidosis as the initial stage of diabetes mellitus in patients with COVID-19. Medicina (B Aires). 2022;82(5):808-9.
10. Dhatariya KK, Joint British Diabetes Societies for Inpatient C. The management of diabetic ketoacidosis in adults-An updated guideline from the Joint British Diabetes Society for Inpatient Care. Diabet Med. 2022;39(6):e14788.

Capítulo 3

ATENCIÓN PEDIÁTRICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS POR EXANTEMA SÚBITO

ARIANA ESTEFANÍA PAUNERO MOREJÓN

JULIA PÉREZ NIETO

1 Introducción

A veces acuden a urgencias familias con niños que sospechan de reacción alérgica bien sea por contacto o por ingestión de alimentos. En muchos casos, estas situaciones no tiene relación con ninguna alergia y no es más que una urticaria, por lo que hay que realizar una buena valoración del paciente descartando cualquier posible complicación.

Las reacciones alérgicas se manifiestan por sensibilidad a sustancias, que denominamos alérgenos, los cuales entran en contacto con la piel, la nariz, los ojos, las vías respiratorias y el tubo digestivo. Estas sustancias pueden ser inhaladas hacia los pulmones, ingeridas o inyectadas.

La urticaria es la aparición en la piel, de ronchas y habones que pican mucho.

En el caso de las ronchas, suelen durar poco tiempo en el mismo lugar; aparecen en una zona de la piel y desaparecen en otras. Puede ir unido a inflamación de manos, pies, codos, cara y, en casos excepcionales, dificultad para respirar o tragar.

Estos brotes, aunque por lo general duran 7-8 días, pueden estar presentes durante varias semanas.

Durante la infancia, la gran mayoría de las urticarias son ocasionadas por una infección, lo que deja a la causa alérgica como algo menos frecuente.

La mayoría de las veces, no se necesita ningún estudio complementario, pues se resuelven por sí solas.

2 Objetivos

Conocer cómo actuar en el domicilio y cuándo se debe acudir al servicio de urgencias.

3 Caso clínico

* Historia clínica:

Lactante de 9 meses que acude al servicio de urgencias por presentar lesiones en la piel tipo habones, de localización perioral, ojos y en muñecas, que han ido cambiando de localización tras comer kiwi en el transcurso de 1 hora, según nos indica su madre.

Afebril

No presenta tos ni mucosidad nasal.

No presenta vómitos ni diarrea.

No hay dificultad respiratoria.

Moja bien pañales.

Mantiene calendario vacunal al día.

Ambiente familiar epidémico negativo.

* Exploración física:

PA: 110/55 FC:134 SAT O2: 99% Tª 36.2°C PESO:7.1 KG

Presenta buen estado general, reactiva y vital.

Coloración normal en piel y mucosas.

Buena hidratación y perfusión.

Lesiones eritematosas en extremidades superiores, tronco y facies, que desaparecen a la presión.

No presenta petequias
Fontanela anterior normotensa.
No hay adenopatías palpables.
Pulsos periféricos palpables y simétricos.
No presenta dificultad respiratoria.
Abdomen blando y depresible, sin dolor a la palpación Ruidos hidroaéreos normales.
Otoscopia bilateral, con tímpanos de aspecto normal
Orofaringe no hiperémica, amígdalas no hipertróficas y sin exudados.
No hay edema de úvula, labios ni lengua.
No hay inflamación palpebral.

* Impresión médica:

Urticaria

*Tratamiento:

Cetirizina(5mg/5ml) 2.5ml cada 24 horas hasta 3 días tras la desaparición de los síntomas.

Si fiebre o malestar: Paracetamol(100mg/ml) 1ml cada 6-8 horas

* Recomendaciones:

• Cómo actuar en el domicilio:

- 1- Vigilar si aparece dificultad para tragar o respirar.
- 2- No frotar la piel del niño/a.
- 3- Evitar aplicar polvos o pomadas en la piel sin antes consultar a su médico.
- 4- Que presente urticaria no significa que no pueda llevar su alimentación habitual.

• Cuando acudir al servicio de urgencias:

- 1- Si observamos que el niño/a presenta dificultad para respirar, ronquera, pitidos o silbidos al respirar.
- 2- Si observamos que el niño/a no puede tragar.
- 3- Si observamos que el niño/a babea mucho
- 4- Si observamos que el niño/a se encuentra mal.
- 5- Si observamos que al niño/a se le hincha la cara.
- 6- Si la urticaria aparece tras la picadura de un insecto.

7- Si la urticaria aparece tras la ingestión de un alimento que anteriormente le haya producido una reacción alérgica.

4 Discusión-Conclusión

En primer lugar, hay que hacer llegar a la población unas definiciones claras acerca de lo que son las reacciones alérgicas y las urticarias, explicando bien cada término consiguiendo así que las familias con niños sepan diferenciar ambas y utilizar de manera adecuada los recursos sanitarios.

También remarcar la importancia hacer llegar a los padres / madres unas recomendaciones claras sobre la urticaria durante la infancia y que así sepan actuar ante ellas en el domicilio y conocer en qué momentos debe acudir al servicio de urgencias para recibir una atención temprana, evitando agravamiento de la situación en caso de que empeore.

5 Bibliografía

1- M. Ferrer, J. Bartra, A. Giménez-Arnau, I. Jauregui, M. Labrador-Horrillo, J. Ortiz de Frutos, et al. Management of urticaria: Not too complicated, not too simple. Clin Exp Allergy, 45 (2015), pp. 731-743

2- Álvaro M, Escarrer M. Urticaria y angioedema. En: García JJ, Cruz O, Moreno JM, Mintegui S (eds.). Manual de Pediatría M. Cruz. 4.^a edición. Madrid: Ergon; 2019.

3- Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Abdul Latiff AH, Baker D, Ballmer-Weber B, et al. The EAACI/GA2 LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. The 2017 Revision and Update. Allergy. 2018;73:1393-414

4- Balp MM, Weller K, Carboni V, Chirilov A, Papavassilis C, Severin T, et al. Prevalence and clinical characteristics of chronic spontaneous urticaria in pediatric patients. Pediatr Allergy Immunol. 2018;29:630-6

Capítulo 4

ANGINA INESTABLE

JORGE ARRIBAS GARCÍA

1 Introducción

La angina inestable se define como la isquemia miocárdica en reposo o con mínimo esfuerzo en ausencia de daño agudo o necrosis de cardiomiocitos.

Los factores de riesgo para la angina de pecho, así como para el resto de patologías cardiovasculares de origen tromboembólico son, principalmente: el tabaco, la mala alimentación, la hipertensión arterial, las dislipemias, etc.

La angina de pecho inestable, según la fundación española de corazón, es un signo de muy alto riesgo de infarto agudo de miocardio o muerte súbita. Ésta se desencadena igual que el infarto, aunque en ella no existe una oclusión completa de la arteria coronaria y no se ha llegado a producir muerte de células cardíacas. Se manifiesta en reposo por un dolor u opresión que empieza en el centro del pecho y puede extenderse a brazos, cuello, mandíbula y espalda. Es decir, los síntomas son iguales a los del infarto, aunque generalmente de menor duración e intensidad. Esta angina debe ser tratada como una emergencia, ya que hay un elevado riesgo de producirse un infarto, una arritmia grave o muerte súbita.

En cuanto al tratamiento, en fases iniciales consistirá en nitroglicerina y ácido acetilsalicílico (AAS). Posteriormente se deberán llevar a cabo ajustes en la dieta y asistencia a controles médicos periódicos y corregir los factores de riesgo cardiovascular.

A continuación se presenta un caso de un paciente que acude al servicio de urgencias por dolor torácico, el cual, finalmente resulta ser a causa de una angina inestable.

2 Objetivos

El objetivo de este caso clínico es dar difusión al abordaje de la patología coronaria, dentro de la cual se encuentra la angina de pecho inestable, aquí presentada.

3 Caso clínico

Historia clínica.

Varón de 55 años, que acude a urgencias por dolor torácico opresivo de instauración brusca, con leve irradiación al cuello.

El paciente refiere haberse levantado con el dolor y dice haberse desplazado al hospital inmediatamente, estando actualmente muy asustado. No refiere haber realizado actividad alguna.

No recuerda haber padecido ningún episodio parecido de dolor torácico ni haber tenido ninguna otra sintomatología relevante. Afebril. No cefalea, no vómitos, no náuseas ni otra sintomatología acompañante.

Antecedentes personales.

Fumador ocasional, bebedor habitual, DM2 en tratamiento con metformina. Padre falleció a los 67 años por cardiopatía isquémica. Madre falleció por causas naturales.

Alergias: NRMC

Exploración física.

TA: 147/74 mmHg, FC: 95 lpm, SatO₂:96%, GB: 78 mg/dL, T^a: 36,7° C.

Pruebas complementarias: ECG con alteraciones (inversión de la onda T). Analítica de control: troponinas, CPK, CPK-MB, GOT y mioglobina en rangos normales. Colesterol total 348, HDL 147, LDL 203, triglicéridos 203 mg/dL, glucosa 80 mg/dL.

Valoración según los patrones de salud de Gordon.

Patrón 1. Percepción-mantenimiento de la salud.

El paciente es autosuficiente tanto en las actividades básicas de la vida diaria como en las actividades instrumentales de la vida diaria. Entiende perfectamente la situación y el proceso a seguir y el tratamiento.

Patrón 2. Nutricional-metabólico.

El paciente refiere comer lo le apetece. Hacemos incapié en la importancia de la dieta y en dejar el tabaco y el alcohol, más después de este evento.

Patrón 3. Eliminación.

El paciente no refiere dificultad ni patología alguna en este patrón.

Patrón 4. Actividad-ejercicio.

Autosuficiente para ABVD y AIVD.

Patrón 5. Sueño-descanso.

Pese a que el paciente no refiere dificultad para dormir normalmente y refiere que se levanta descansado, le intentamos tranquilizar e informar de todo el proceso para disminuir su preocupación.

Patrón 6. Cognitivo-perceptivo.

Consciente y orientado en las 3 esferas. Manifiesta dolor torácico y malestar.

Patrón 7. Autopercepción-autoconcepto.

El paciente está un poco preocupado por su estado de salud actual y se pregunta si podría haber evitado la situación.

Patrón 8. Rol-relaciones.

Casado y con 2 hijos con los que mantiene buena relación.

Patrón 9. Sexualidad-reproducción.

No ha lugar.

Patrón 10. Adaptación-tolerancia al estrés

Aparente buena tolerancia a la situación a pesar de la normal preocupación. Buen apoyo familiar en casa.

Patrón 11. Valores-creencias

No hace referencia a ninguna creencia y dado que la situación no es adecuada para hablar de ello, dado que el paciente podría interpretar que reviste gravedad y crearle ansiedad, no es preguntado por ello.

Diagnósticos de enfermería.

-Dolor agudo.

-Ansiedad relacionada con el estado de salud.

-Intolerancia a la actividad física.

NOC:

-Control del dolor.

- Control de la ansiedad.
- Tolerancia a la actividad física.

Diagnóstico médico: angina de pecho inestable.

Tratamiento farmacológico fase aguda: nitroglicerina sublingual y AAS vía oral.

Tratamiento farmacológico crónico: simvastatina.

Se repite analítica de control con todos los parámetros en rango (excepto LDL, colesterol total y triglicéridos). Se aconseja mejorar dieta y dejar alcohol y tabaco y se deriva para valoración y seguimiento por cardiología, para prueba de esfuerzo y posible angioplastia coronaria, así como consejo dietético.

4 Discusión-Conclusión

Me parece relevante la exposición de este caso, por las implicaciones en el bienestar de los pacientes con angina de pecho, así como para hacer hincapié en la importancia del diagnóstico precoz de los eventos cardiovasculares en la población, para poder así aumentar la supervivencia y la calidad de vida en los pacientes.

Es fundamental que desde Atención Primaria, aprovechando la consulta y a partir de determinadas edades, se familiarice a los pacientes con los síntomas precoces de isquemia miocárdica para que los mismos le puedan dar la importancia que merece, tal como hizo nuestro paciente anterior. Por desgracia la falta de tiempo por paciente que se posee, muchas veces permite únicamente llegar a tratar el motivo de consulta y con el tiempo justo, sin posibilidad de realizar promoción de la salud en la profundidad que sería deseable.

5 Bibliografía

1. Collet J-P, Thiele H, Barbato E, Barthélémy O, Bauersachs J, Bhatt DL, et al. Guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2021 [citado el 23 de julio de 2023];74(6):544.e1-544.e73. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-guia-esc-2020-sobre-el-articulo-S0300893221000890>
2. Oposalud educación. Enfermería Médico-Quirúrgica, Cardiología. 2023
3. Listado de diagnósticos NANDA. Enfermería actual [Internet]. [citado 23 julio 2023]. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/listado-de-diagnosticos-nanda-2/>

4. Cardiopatía isquémica [Internet]. Madrid: Fundación española del corazón. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/cardiopatia-isquemica.html>

Capítulo 5

EMERGENCIAS

EXTRAHOSPITALARIAS: ¿QUÉ SON?, ¿CUÁLES SON LAS FUNCIONES DEL DIPLOMADO DE ENFERMERÍA?

JOSE LUIS TOLMOS RIVERA

1 Introducción

Se definen las emergencias extrahospitalarias como aquel tipo de atención médica que debe recibir una persona de forma in situ, debido a un accidente o enfermedad grave. La atención sanitaria recibida fuera de un centro de atención primaria, un hospital o una clínica privada recibe el nombre de atención extrahospitalaria y será aplicada por un equipo médico y de enfermería. Este tipo de atención, deberá tener una serie de características como son:

- Esta atención deberá ser rápida y eficaz ya que suele darse en situaciones que comprometen gravemente la vida del paciente, cuanto más rápida sea esta atención más complicaciones se evitarán.
- Los profesionales que brinden esta atención deberán tener una formación sólida con años de experiencia y además requerirán de una gran seguridad, ya que en determinadas ocasiones como accidentes la persona puede haber sufrido un traumatismo grave y una toma de decisiones rápida será vital para evitar una amenaza de muerte.

Este tipo de atención extrahospitalaria, es requerida en numerosas ocasiones y los principales motivos por los que se necesita suelen ser:

- Pacientes con problemas cardíacos que hayan sufrido una angina de pecho o un infarto.

- Accidentes de tráfico o accidentes laborales.
- Atragantamientos o intoxicaciones habitualmente se suele dar en niños.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del diplomado de enfermería en las 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 diplomado/a de enfermería encargado de atender las emergencias extrahospitalarias tendrá una serie de funciones al llegar al lugar donde se encuentra la persona gravemente enferma o accidentada:

- Al llegar al lugar, si aún no ha llegado los cuerpos de seguridad, asegurarnos de mantener el espacio seguro, siempre que la situación del paciente lo permita.
- Junto con el equipo médico será el encargado de identificar los valores que tiene alterados como el respiratorio, cardiovascular, neurológico entre otros.. verificando si existe un riesgo real que los comprometa.
- Aplicará las técnicas diagnósticas y las medidas que sean requeridas por parte del equipo médico en función de las necesidades del paciente.
- En caso de situaciones catastróficas de máxima tensión y angustia en las que se vean involucradas más víctimas deberá poner en marcha unos criterios de priorización para una correcta atención sanitaria.
- Administrará los fármacos sedantes, analgésicos, sustancias vasoactivas, etc. que le sean indicadas por el equipo médico.
- Se encargará de prestar apoyo emocional a la familia de la persona enferma y su entorno, en la mayoría de las ocasiones, la familia del paciente establece un vínculo con el profesional ya que es con el que más contacto tienen.

Hay que tener en cuenta, que la asistencia extrahospitalaria que se vaya a recibir va a variar en función del tipo de lugar donde se tenga que prestar. Podrá ser atención extrahospitalaria por vía terrestre (ambulancias o unidad de vigilancia intensiva (UVI) móvil), marítima o aérea (lanchas o helicópteros medicalizados). Enviar un medio u otro dependerá del lugar donde se haya producido el accidente o en el lugar que la persona se haya puesto gravemente enferma, ya que en ocasiones el acceso a ciertos lugares puede ser muy complicado, no pudiendo acceder con una ambulancia o uvi móvil y teniendo que enviar un helicóptero con un equipo de rescate.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la atención extrahospitalaria brindada por los diplomados de enfermería es muy importante, estos profesionales sanitarios tienen un alto nivel de compromiso con su trabajo y un gran temple y seguridad para enfrentarse a situaciones muy graves y desagradables que no son aptas para todo el mundo. Estos profesionales, están tan comprometidos con su trabajo porque habitualmente las situaciones a las que se enfrentan son graves y con la vida del paciente en peligro, por ello cuando salvan la vida del paciente sienten mucha satisfacción a nivel personal y como equipo con el resto de sus compañeros motivándolos a realizar mejor aún su trabajo.

6 Bibliografía

1. <https://www.euroinnova.edu.es/blog/atencion-extrahospitalaria#:text=La%20Atenci%C3%B3n%20extrahospitalaria%20es%2C%20como,hogares%20o%20cuando%20ocurren%20accidentes>.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 6

CONCEPTOS GENERALES EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS Y TIPOS DE TRANSPORTE SANITARIO

AROA DÍAZ REY

1 Introducción

Comienzos de sistemas de urgencias y emergencias.

Aparecen en el S. XVIII para atender situaciones de riesgo vital: en Ámsterdam: “la Sociedad para el rescate de personas ahogadas” y la “Sociedad humana”.

En el S.XX aparecen dispositivos específicos de asistencia extrahospitalaria:

- En Estados Unidos: Emergency Medical Services.
- En Francia: Services d'Aide Medicale Urgente.

Desde el año 1944 en España han ido avanzando los servicios que tenemos.

Definiciones:

Según OMS (Organización Mundial de Salud): Urgencia sanitaria. Aparición fortuita (imprevista e inesperada) en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o la familia.

Objetivos: la causa de la gravedad del paciente.

Subjetivos: la conciencia, la necesidad y la atención al paciente.

Según AMA (la American Medical Association): Urgencia médica. Aparición de un problema de etiología diversa y gravedad variable que genera la vivencia de necesidad inmediata de atención en el propio paciente, en su familia o en quienquiera que asuma la responsabilidad.

El paciente define su problema de salud como urgente en función de cómo ve la necesidad surgida.

Para poder asistir a estas urgencias es muy importante utilizar un correcto transporte sanitario.

2 Objetivos

- Conocer qué es una urgencia sanitaria.
- Conocer qué tipos de urgencias hay.
- Conocer los tipos de transporte sanitario que hay para acudir a las urgencias.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva. Como fuente primaria se han consultado varias guías clínicas, libros y monografías; y como fuente secundaria se utilizaron bases de datos de ciencias de la salud como Pubmed, Cuiden, CINAHL, ClinicalKey y Cochrane.

4 Resultados

CLASIFICACIÓN DE LAS URGENCIAS:

Según su gravedad:

- No exigen cuidados ni tratamientos inmediatos: preferiblemente atendidas en AP, se pueden ver en cualquier dispositivo al que acuda.
- Urgencia no vital, denominada no grave: problema de salud que requiere algún tipo de actuación diagnóstica o terapéutica urgente pero no supone una amenaza para la vida ni para las funciones vitales.
- Urgencia vital, emergencias, urgencias graves o verdaderas: existe peligro inmediato para la vida del paciente, para órganos o funciones vitales o de secuelas graves si no recibe atención cualificada sin demora.

MODELOS DE ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS.

Tipos de transporte sanitario

AMBULANCIAS NO ASISTENCIALES:

Vehículos destinados al traslado:

- Puede ser programada: individuales o colectivos.
- Pacientes en silla/camilla

- No están específicamente acondicionados ni dotados para la asistencia médica en ruta.

AMBULANCIAS ASISTENCIALES

AMBULANCIAS DE SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB).

- Vehículos que permiten asistencia técnica sanitaria en ruta, pueden ser medicalizables.
- Destinadas al transporte de todo tipo de enfermos o accidentados que necesiten o puedan necesitar asistencia sanitaria.
- Poco material: no respirador, ni monitor con desfibrilador, pero se pueden llevar.
- Recursos humanos: dos técnicos emergencias sanitarias, no llevan médico ni enfermera.

AMBULANCIAS DE SOPORTE VITAL AVANZADO (SVA).

- Traslado de enfermos en situación de urgencia vital con alto riesgo, actual o potencial para la vida de forma inmediata o prolongada con compromiso de las funciones vitales que precisa asistencia y reanimación en ruta.
- Recursos humanos: médico, enfermera y 2 técnicos de emergencias sanitarias. Medicalización de una ambulancia es llevar médico y enfermera.
- Recursos materiales: soporte circulatorio (monitor con desfibrilador, amins...), soporte ventilatorio vital (respirador)...

TRANSPORTE SANITARIO AÉREO: EL HELICÓPTERO. Este es utilizado por:

- Personal sanitario.
- Bomberos de Asturias.

5 Discusión-Conclusión

- Es muy importante saber que es una urgencia sanitaria.
- Debemos conocer los tipos de urgencia que existen y sus clasificaciones para poder catalogarlas.
- Hay que diferenciar los modelos de organización de los servicios que existen.
- Atendiendo a los diferentes tipos de transporte, diferenciar las dos clasificaciones principales y a la vez sus tipos:
 - Ambulancias no asistenciales.
 - ☒ Ambulancias de clase A1 o convencionales.
 - ☒ Ambulancias de clase A2 o de transporte colectivo.
 - Ambulancias asistenciales:
 - ☒ Ambulancias de soporte vital básico (SVB) – Ambulancia de clase B.

- ☒ Ambulancias de soporte vital avanzado (SVA) – Ambulancia de clase C.
- Transporte sanitario aéreo: helicóptero.

6 Bibliografía

1. Urgencia y emergencia - Blog TECH Universidad Tecnológica [Internet]. Disponible en: <https://www.techtitude.com/medicina/blog/conceptos-urgencia-y-emergencia>
2. School EB. Euroinnova Business School. ¿Qué es urgencia y emergencia según la OMS? - Euroinnova. Disponible en: <https://www.euroinnova.edu.es/que-es-urgencia-y-emergencia-segun-la-oms>
3. El transporte sanitario – SACECO [Internet]. Disponible en: <https://saceco.es/lessons/el-transporte-sanitario/>
4. MEDAC. Transporte sanitario: clasificación y características. [Internet] Disponible en: <https://medac.es/blogs/sanidad/transporte-sanitario-clasificacion-y-caracteristicas>

Capítulo 7

CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS DE TRIAJE

AROA DÍAZ REY

1 Introducción

Proviene de la palabra francesa trier.

☒ Larrey: Primer profesional en priorizar por gravedad la asistencia en el campo de batalla y utilizar el término durante las guerras napoleónicas.

☒ Weinerman (1964): descripción sistemática.

“Proceso de valoración clínica preliminar que ordena a los pacientes en función de su urgencia/gravedad antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa.”

“Proceso que permite gestionar el riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan los recursos”.

☒ OMS: clasificación de pacientes en grupos prioritarios de acuerdo a sus necesidades y recursos disponibles.

MOTIVOS PARA TRIAR:

- Identifica una situación de riesgo vital.
- Prioriza la atención según la urgencia / gravedad.
- Asegura la reevaluación.
- Asegura la asignación del área más apropiada para atender a los pacientes.
- Mejora el flujo de pacientes y la saturación del servicio.
- Permite la información a familiares.
- Disminuye el riesgo de mala atención.
- Aumenta la satisfacción de los usuarios y de los profesionales.

- Aporta información para mejorar el servicio: o Instrumento de ayuda a la gestión de la asistencia en los Servicios de Urgencias. o Posibilitan la monitorización y evaluación de indicadores de calidad de la atención.
- Aumenta la eficiencia.
- Racionaliza el consumo de recursos.

2 Objetivos

- Conocer de donde proviene el concepto de triaje.
- Saber cuáles son los motivos para triar a los pacientes.
- Conocer las características de los sistemas de triaje.
- Tipos de triaje dependiendo del profesional que lo realice.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica exhaustiva. Como fuente primaria se han consultado varias guías clínicas, libros y monografías; y como fuente secundaria se utilizaron bases de datos de ciencias de la salud como Pubmed, Cuiden, CINAHL, ClinicalKey y Cochrane.

4 Resultados

RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN (RAC)

Sumar al concepto de triaje elementos propios de la relación interpersonal entre el paciente y el profesional sanitario, estableciendo conexiones empáticas y centrando las acciones en el servicio al usuario. (Es un término minoritario)

Recepción:

- Identificación.
- Valoración primaria: o Reconocimiento inmediato de los signos vitales. o Valoración de riesgo vital. o Actuación inmediata.

Acogida:

- Una vez descartada la emergencia.
- Valoración secundaria: o Valoración del paciente por sistemas. o Análisis e interpretación de datos. o Tomas de decisiones. o Actuación insitu, traslado a otro nivel asistencial o área concreta. o Valoración del nivel de gravedad y nivel de prioridad.

Clasificación:

- Fase en la que se establece la asistencia al paciente.
- Actuación concreta.

CARACTERÍSTICAS SISTEMAS DE TRIAJE

- Reproductibilidad. Personal adiestrado pueda repetir proceso.
- Validez. Asigne nivel de prioridad que corresponde verdaderamente con los pacientes que están en el mismo nivel.
- Utilidad. Permita relacionar el grado de urgencia con gravedad real.

TIPOS DEPENDIENDO DEL PROFESIONAL QUE LO REALICE

Triage no profesional o Realizado por un administrativo o técnico a la entrada de urgencias. o Registra al paciente y lo envía a la sala de espera.

Triage básico o Realizado por una enfermera. Incluye:

- ☒ Valoración al paciente.
- ☒ Determina las necesidades prioritarias.
- ☒ Asigna un área de atención.

Triage avanzado: o Realizado por una enfermera. Incluye:

- ☒ Valoración inicial del paciente.
- ☒ Solicitud de algunos procedimientos diagnósticos.
- ☒ Examen físico limitado.

Triage médico o Realizado por un médico. o Algunas veces se mezcla con el tratamiento definitivo.

Triage en equipo: o Realizado por una enfermera y un médico, que funcionan como un equipo.

¿CÓMO SE DEBE TRIAR?

Según:

- Sociedad Española de Medicina De Urgencias y Emergencias (SEMES).
- Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE).
- Grupo español de triaje Manchester.

REQUISITOS DE UNA ENFERMERA QUE DEBE TRIAR

- Formación inicial y continuada específica en triaje.
- Experiencia: o SEMES: Mínimo de 12 meses en urgencias.

- Aptitud y actitud, a destacar: o Capacidad para tomar decisiones. o Gestionar situaciones difíciles. o Capacidad de comunicación. o Empatía. o Tacto. o Paciencia. o Capacidad organizadora.

5 Discusión-Conclusión

Dadas la cantidad de pacientes en los sistemas hospitalarios y extrahospitalarios, y la cantidad de víctimas que hay en los accidentes y catástrofes, es muy importante triar a estas personas para ser atendidas de manera apropiada. Para realizar esta tarea hay que conocer los motivos por los que se debe realizar el triaje, sus características y quién y como lo debe realizar.

Dada la importancia de este trabajo se han establecido los sistemas en los que están basados los sistemas de clasificación y los requisitos que debe de tener el profesional que realiza el triaje a la hora de atender a una persona que lo necesite según sus circunstancias del entorno donde se encuentre.

6 Bibliografía

1. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Anales del Sistema Sanitario de Navarra [Internet]. 2010; 33:55-68. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272010000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Sánchez-Bermejo R, Herrero-Valea A, Garvi-García M. LOS SISTEMAS DE TRIAJE DE URGENCIAS EN EL SIGLO XXI: UNA VISIÓN INTERNACIONAL. Revista Española de Salud Pública. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/Suplementos/Perspectivas/perspectivas16_sanchez_herrero_garvi.pdf
3. Piedad GG. LOS SISTEMAS DE TRIAJE: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. Disponible en: <http://congresovirtual.enfermeriadeurgencias.com/wp-content/uploads/2016/11/258.pdf>

Capítulo 8

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTE/FAMILIA CON TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO POR ENFERMEDAD TERMINAL

LORENA DIAZ LOPEZ

MARIA ÁNGELES RAFAEL DE LA CRUZ LÓPEZ

TAMARA PALOMINO MARTIN

ALEJANDRO FERNÁNDEZ GARCÍA

MIRIAM CASARES BENITO

1 Introducción

El último informe GOBLOCAN 2023, elaborado por la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC), revela que, en España los tumores son la segunda causa de mortalidad en ambos sexos, siendo la primera causa las enfermedades del sistema circulatorio y la tercera causa, las enfermedades infecciosas. De estos tumores, el que produce la tasa de mortalidad más elevada es el cáncer de pulmón (19,74%), que constituye la primera causa de muerte en hombres (24,72%) y la tercera causa de muerte en mujeres (12,36%).

La media de edad en la que se manifiesta esta patología, es decir, el cáncer de pulmón, se sitúa entre los 40 y los 50 años, y alcanza su punto álgido a los 55 y los 60.

El aumento de su incidencia en la población general se debe fundamentalmente al consumo del tabaco, aunque hay otros factores vinculados a su aparición tales como la exposición ocupacional o causal a ciertas sustancias (amianto, asbesto, níquel, etc.), la contaminación ambiental, la carencia de ciertas sustancias en la dieta como los β - carotenos, y los factores congénitos.

El pronóstico mejora con un diagnóstico precoz cuando las células tienen poco ritmo proliferativo y no existe metástasis. Por el contrario, cuando la enfermedad se diagnostica una vez que su evolución es tal que ya no existe cura, se estima que el paciente se encuentra en fase terminal.

Cuando el paciente entra en la etapa terminal, tanto él como su familia necesitan una atención integral y continuada por parte de un equipo multidisciplinar, cuyo objetivo principal debe ser cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales de ambos.

Numerosos estudios revelan que a menudo, los problemas de salud mental se ven ligados a síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional en pacientes con cáncer.

En concreto, aproximadamente un 50% de los pacientes oncológicos desarrollan un trastorno psiquiátrico a lo largo de la enfermedad; frecuentemente un trastorno adaptativo con ánimo depresivo.

Lamentablemente, a pesar de esta alta prevalencia, la evaluación y asistencia específica son deficitarias: solo uno de cada diez pacientes recibe asesoramiento para obtener ayuda. Esto hace que los pacientes requieran más servicios médicos, tengan más dificultades a la hora de tomar decisiones, sean menos adherentes a sus tratamientos, y estén menos satisfechos con los cuidados médicos.

Por otro lado, cabe destacar que el ser diagnosticado de cáncer en fase terminal, no solo afecta al propio paciente, sino que también afecta a su núcleo familiar.

La necesidad de cuidados de uno de los miembros, genera una nueva situación familiar que puede provocar cambios dentro de la estructura familiar y en los roles de sus integrantes.

Estos cambios pueden poner en peligro la estabilidad de la familia, pudiendo afectar a todos sus componentes, especialmente al cuidador principal, que es el miembro de la familia que soporta la mayor parte de la sobrecarga física y emocional de los cuidados.

Estudios como el recogido en el artículo “Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales” revelan las

repercusiones negativas que se dan en el cuidador debido a la carga que soporta, y que desembocan a menudo en una depresión.

Esto junto a otros problemas, tales como el aislamiento social, la falta de tiempo libre, la calidad de vida, la salud física o el deterioro de la situación económica, dan lugar a lo que se conoce como síndrome del cuidador principal.

2 Objetivos

Elaborar un plan de cuidados que sirva al personal sanitario como modelo estandarizado para actuar a nivel psicosocial con el paciente y su familia.

3 Metodología

Para elaborar el plan de cuidados recogido en este capítulo, se ha comenzado por realizar una búsqueda bibliográfica, que ha servido como documentación y base. Dicha documentación se ha obtenido poniendo en práctica una serie de estrategias de búsquedas bibliográficas en bases de datos, fuentes documentales y buscadores como Dialnet, Medline, Pubmed, Scielo, Cuiden, Fuden y Google académico.

Los términos que han servido como palabras clave para realizar dichas búsquedas son: “Malestar emocional”, “Cáncer”, “Mortalidad”, “Depresión”, “Distress”, “Psychological assistance”, “Mental health”, “Insomnia”, “Axiety”, “Paciente oncológico”, “Cáncer de pulmón”.

Las referencias bibliográficas escogidas son publicaciones actuales que cumplen requisitos de calidad científica y metodológica y que aportan información acerca del tema a tratar.

Una vez recopilada toda la información necesaria, se ha procedido a elaborar el plan de cuidados, que en este trabajo se aplicarán a un paciente ficticio, concebido para servir como ejemplo para este estudio.

4 Resultados

1. Datos del paciente

Varón de 64 años seguido en el servicio de Oncología que ingresa para recibir quimioterapia paliativa.

En octubre de 2022 acude a Urgencias del Hospital Universitario de Toledo refiriendo dificultad respiratoria y dolor torácico en relación con el esfuerzo físico,

tos con expectoración purulenta y pérdida de unos 8 kg de peso en los últimos tres meses.

Se le realizó una Rx de Tórax, un TAC torácico, una analítica de sangre y una eco endoscopia para PAAF obteniendo los siguientes resultados: o Rx de tórax: masa mediastínica anterior. o TAC torácico: masa mediastínica paratraqueal derecha de 65 x 45 mm que comprime vena cava superior. Adenopatías hiliares derechas de 15 x 13 mm. Adenopatías hiliares izquierdas de 12 x 8 mm. Adenopatías subcarinas 17 x 12 mm. Nódulos pulmonares múltiples de pequeño tamaño en ambos hemitórax.

Analítica: Marcadores: enolasa.

Tras dichos resultados el médico diagnostica Carcinoma microcítico de pulmón con metástasis pulmonar, y decide que no es un paciente apto para cirugía, pero sí para recibir quimioterapia con fin paliativo.

2. Valoración:

Se realiza la valoración al paciente anteriormente descrito el día del ingreso para recibir el segundo ciclo de quimioterapia paliativa.

Para ello se ha usado como instrumento la valoración inicial completa basada en los patrones funcionales de Marjory Gordon (centrándonos en los aspectos psicosociales):

1. Patrón reposo/sueño o Insomnio y sueño no reparador, debido a cuadros ansioso-depresivos, tos rebelde, dificultad respiratoria y a la angustia que le genera el avance de la enfermedad, así como el dolor de su familia por su estado de salud.

2. Patrón cognitivo/perceptivo: o Estado emocional: depresivo o Dolor: torácico de tipo opresivo con una puntuación de 8 siendo 0 el valor del mínimo dolor y 10 el valor del máximo dolor.

3. Patrón autopercepción /autoconcepto: o Percepción pesimista y negativa de sí mismo. o Sentimiento de minusvalía, de culpabilidad y de falta de utilidad. o Vacío vital

4. Patrón rol/relaciones: o La familia se siente triste e impotente, pero con fuerzas para afrontar todo lo que venga. o Escala Zarit: leve sobrecarga en el cuidador principal (su mujer). o Aislamiento. Abandono de las amistades.

5. Patrón afrontamiento/tolerancia al estrés: o Le causan estrés y tensión no poder realizar las actividades que realizaba antes de la enfermedad, el sufrim-

iento de su familia por su estado, el estadio avanzado de su enfermedad y no tener control de lo que le pasa.

3. Plan de cuidados

A) Identificación de problemas:

- Aflicción crónica (00137) r/c enfermedad terminal m/p sentimientos negativos (depresión, temor, desesperanza, soledad baja autoestima) y sentimientos de tristeza.
- Afrontamiento ineficaz (00137) r/c avance inevitable de la enfermedad m/p solución inadecuada de los problemas.
- Ansiedad ante la muerte (00147) r/c percepción de proximidad de la muerte m/p preocupación, nerviosismo, insomnio, miedo a la muerte.
- Baja autoestima crónica (00120) r/c diagnóstico terminal de la enfermedad m/p sentimientos de inutilidad
- Cansancio del desempeño del rol del cuidador (00061) r/c estado psicológico actual del paciente m/p estado de ánimo deprimido.
- Desesperanza (00124) r/c progresión de la enfermedad m/p sentimientos de inutilidad, disminución del apetito, pasividad.
- Duelo (00136) r/c enfermedad irreversible e incurable m/p distrés psicológico.
- Impotencia (00125) r/c diagnóstico terminal de la enfermedad m/p falta de control de la enfermedad.
- Interrupción de los procesos familiares (00060) r/c evolución de la enfermedad, estancia hospitalaria m/p cambio de los roles familiares.
- Insomnio (00095) r/c ansiedad, depresión y temor causados por la evolución de la enfermedad; presencia de tos nocturna, dolor a causa del crecimiento tumoral m/p sueño interrumpido, irritabilidad, bostezos frecuentes.
- Riesgo de soledad (00054) r/c aislamiento social
- Sufrimiento espiritual (00063) r/c enfermedad terminal m/p sentimientos de desesperanza, sufrimiento.
- Trastorno de la imagen corporal (00118) r/c pérdida de peso, tos, alopecia, cambios de rol m/p palabras textuales del paciente.
- Temor r/c diagnóstico terminal de la enfermedad m/p sentimientos de inquietud, intranquilidad y aumento de tensión ante la proximidad de la muerte.

B) Criterios de resultados NOC:

- Sueño (0004)
- Descanso (0003)
- Modificación psicosocial: cambio de vida (1305)

- Afrontamiento de problemas (1302)
- Control de la ansiedad (1402)
- Control del miedo (1404)
- Autoestima (1205)
- Apoyo emocional (5270)
- Resolución de la aflicción (1304)
- Bienestar espiritual (2001)
- Aceptación del estado de salud (1300)
- Esperanza (1201)
- Muerte digna (1307)
- Salud emocional del cuidador principal (2506)
- Clima social de la familia (2601)
- Preparación del/de la cuidador/a familiar a domicilio (2202)

C) Intervenciones NIC seleccionadas:

- Fomentar el sueño (1850)
- Disminución de la ansiedad (5820)
- Apoyo emocional (5270)
- Escucha activa (2920)
- Potenciación de la autoestima (5400)
- Potenciación de la imagen corporal (5220)
- Aumentar el afrontamiento (5230)
- Apoyo al/a la cuidador/a principal (7040)
- Apoyo a la familia (7140)
- Aumentar los sistemas de apoyo (5440)
- Facilitar el perdón (5280)

D) Actividades de enfermería:

- Establecer el propósito de la interacción.
- Mostrar interés en el paciente
- Hacer pregunta o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones
- Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones.
- Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones.
- Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación.
- Estar atento a las palabras que se evitan, así como los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas.
- Estar atento al tono, tiempo, volumen, entonación e inflexión de la voz.

- Identificar los temas predominantes.
- Determinar el significado de los mensajes reflexionando sobre las actitudes, experiencias pasadas y la situación actual.
- Verificar la comprensión del mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.
- Evitar barreras a la escucha activa (minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y terminar de manera prematura).
- Utilizar el silencio/ escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.
- Animar al paciente a que exprese sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Comentar las consecuencias de profundizar en el sentimiento de culpa o vergüenza.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuesta habituales a los miedos.
- Identificar la función de la ira, la frustración y rabia que pueda ser de utilidad para el paciente.
- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el proceso
- Instruirle sobre el uso de técnicas de relajación
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- Determinar el esquema de sueño/vigilia de la persona afectada, así como los efectos que tiene la medicación en el esquema de sueño
- Ajustar el ambiente para favorecer el sueño, así como la administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia
- Fomentar con la persona y la familia medidas de comodidad, técnicas para favorecer el sueño y cambios en el estilo de vida que contribuyan a un sueño óptimo
- Observar las frases del paciente sobre su propia valía.
- Animar al paciente a identificar sus virtudes.
- Reafirmar las virtudes personales que identifique el paciente.
- Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás.
- Abstenerse de realizar críticas y de quejarse.
- Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo.

- Explorar las razones de la autocrítica o culpa.
- Animar al paciente a evaluar su propia conducta.
- Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos.
- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador
- Determinar la aceptación del cuidador de su papel.
- Explorar con el cuidador principal como lo está afrontando.
- Realizar afirmaciones positivas sobre el esfuerzo del cuidador.
- Admitir las dificultades del rol del cuidador principal.
- Controlar los problemas de interacción de la familia en relación con los cuidados del paciente.
- Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental.
- Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo.
- Enseñar al cuidador estrategias para acceder y sacar el máximo provecho de los recursos de los cuidados sanitarios y comunitarios.
- Animar al cuidador en los momentos difíciles del paciente.
- Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado.
- Observar la estructura familiar y sus roles.
- Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente.
- Determinar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal.
- Identificar la falta de autocuidados del paciente.
- Identificar las expectativas de los miembros de la familia respecto al paciente.
- Anticipar e identificar las necesidades de la familia.
- Observar la implicación de los miembros de la familia en el cuidado del paciente.
- Favorecer los cuidados por parte de los miembros de la familia durante la hospitalización.
- Proporcionar el apoyo necesario para que la familia tome decisiones informadas.
- Proporcionar información crucial a los miembros de la familia sobre el paciente de acuerdo con los deseos de este último.
- Identificar la percepción por parte de los miembros de la familia de la situación y los sucesos desencadenantes, sentimientos del paciente y conductas del paciente.
- Reconocer y respetar los mecanismos para enfrentarse con los problemas utilizados por la familia.
- Identificar las dificultades de afrontamiento del paciente junto con los miembros de la familia.

5 Discusión-Conclusión

Cuando el paciente entra en la etapa terminal, tanto él como su familia necesitan una atención integral y continuada por parte de un equipo multidisciplinar, cuyo objetivo principal debe ser cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales de ambos.

Lamentablemente la evaluación y asistencia específica son deficitarias: sólo uno de cada diez pacientes recibe asesoramiento para obtener ayuda.

Por otro lado, cabe destacar que el ser diagnosticado de cáncer en fase terminal, no sólo afecta al propio paciente, sino que también afecta a su núcleo familiar.

La relación privilegiada entre el enfermero y el paciente y su familia hace que sea posible intervenir también a nivel psicosocial, haciendo así más llevadera la situación de ambos. Por ello, el papel del enfermero es fundamental.

6 Bibliografía

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, M Rebelo, Parkin DM, Forman D, Bray, F. Globocan 2012: Estimated Cance Incidence, mortality and prevalence worlwfwide in 2012. [Internet] Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr>
2. Rayón Valpuesta E, Del Puerto Fernández I, Narvaíza Solís M.J. coordinadoras. Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica. Vol. 1. Madrid: Síntesis; 2001.
3. Píriz Campos R, Fuente Ramos M. coordinadoras. Enfermería MédicoQuirúrgica. Vol. 3. Madrid: DAE; 2001.
4. Martinez Cruz MB. Enfermería en cuidados paliativos y al final del al vida. Barcelona: Elsevier; 2012
5. Mate J, Hollenstein MF, Gil FL. Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. PSIC.2013; 1(2-3); 1(2-3): 211-230.
6. Hernández M. Evaluación psicológica de los pacientes oncológicos en tratamiento de radioterapia. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2012.
7. Hernández M, Cruzado JA, Arana Z. Problemas psicológicos en pacientes con cáncer: dificultades de detección y derivación al psicooncólogo. Psicooncología 2007; 4(1): 179-191.
8. Hernández M, Cruzado JA, Prado C, Prado C, Rodríguez E, Hernández C, González MA, Martín JC. Salud mental y malestar emocional en pacientes con

cáncer. PSIC.2013; 9(2-3): 233-257.

9. Muñoz Cobos F, Espinosa Almendro JM, Portillo Strempe J, Rodriguez González de Molina G. La familia en la enfermedad terminal. Medicina de familia. 2002; 3 (3): 190-199.

10. Alfaro- Ramírez OI, Morales Vigil T, Vázquez- Pineda F, Sánchez Román S, Ramos del Rio B, Guevera López U. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc 2008; 46(5): 485- 494.

Capítulo 9

ATENCIÓN AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO: ACCIDENTE DE MOTOCICLETA

JORGE ARRIBAS GARCÍA

1 Introducción

Se presenta el caso de un paciente varón de 58 años, que es atendido por el 112 al precipitarse a la calzada desde su motocicleta, cuando circulaba en compañía de unos amigos por una zona de carretera de alta montaña.

Intervienen en el lugar del accidente: el equipo del Centro de Salud de referencia, una ambulancia de Soporte Vital Básico, una patrulla de Guardia Civil y un Helicóptero Sanitario, dado que al tratarse de una zona alejada con mala carretera, el tiempo de respuesta de una UVI móvil convencional se acercaría a una hora y el citado helicóptero medicalizado acorta este tiempo a aproximadamente 15 minutos.

A la llegada se sigue el enfoque de valoración ABCDE, manteniendo la vía aérea permeable, vigilando respiración y posibles hemorragias, con comprobación neurológica vía Escala de Glasgow y posterior exposición total del cuerpo del paciente, una vez colocado en la ambulancia de soporte vital básico, siempre manteniendo la alineación de la cabeza, cuello y columna.

El principio fundamental para el cuidado de este tipo de pacientes, será disminuir las secuelas, al realizar una atención inmediata eficiente y oportuna, desde el lugar donde ocurre el suceso y durante el transporte hasta el ingreso a la entidad

hospitalaria que permita atender a los lesionados. Esto se logra, al activar la red de urgencias 112, lo que establece contacto con el Centro Coordinador de Urgencias (CCU).

2 Objetivos

El objetivo de este caso clínico es dar difusión al abordaje del paciente politraumatizado en el medio prehospitalario, el cual por sus particularidades, siempre será un paciente con alta prioridad para su atención inmediata, así como para el traslado para revaloración y tratamiento hospitalario.

3 Caso clínico

Llamada entrante al Centro de Salud, desde el Centro Coordinador de Urgencias 112: “-Buenos días, de Centro. -Buenos días, Centro. -Tenemos un aviso, prioridad 0: Paciente inconsciente tendido en vía pública tras accidente de motocicleta. Se encuentra acompañado de varias personas que viajaban con él en otros vehículos. Se dirigen al lugar: ambulancia de SVB, Gigante 3 y GC.” -Recibido Centro, vamos para allá.”

A la llegada al lugar del accidente nos encontramos a un varón de mediana edad en decúbito supino en la cuneta de una leve curva tras una gran recta, con su vehículo a unos metros de él. Los compañeros de la ambulancia SVB han llegado justo delante de nosotros y han colocado guedel y collarín y comprobado que no existen hemorragias exanguinantes utilizando el protocolo xABCDE.

Procedemos a la valoración con el esquema ABCDE:

A. Asegurada vía aérea por cánula orofaríngea: paciente inconsciente. Los compañeros del SVB van cortando la ropa del paciente.

B. El paciente ventila adecuadamente a pesar de la taquipnea. Saturación de oxígeno 95%.

C. No presencia de hemorragias externas. Pulso radial presente. Enfermería canaliza dos vías periféricas calibre 18G, una en miembro superior izquierdo y otra en miembro superior derecho. Tensión arterial 155/89 mmHg, frecuencia cardíaca 115. Se conecta suero salino fisiológico 500 ml.

D. Mientras enfermería realiza lo anterior, medicina procede a la valoración neurológica. AVD(N). Escala de Glasgow 6.

E. Se moviliza al paciente en bloque levemente hacia un lateral, con control cervical y posteriormente hacia el otro, para pasarlo con la camilla de cuchara a la camilla de la ambulancia SVB. Una vez allí se realiza la exposición (E) del paciente.

Mientras se está realizando la exposición llegan GC, la cual corta el tráfico y G3, que aterriza en la carretera.

A la llegada del helicóptero sanitario: transferencia de información y reevaluación del paciente por el equipo del mismo.

A. Vía aérea permeable asegurada con cánula orofaríngea.

B. Taquipnea. Saturación de oxígeno 92%.

C. TA: 145/87 mmHg, FC: 115 lpm.

D. AVD(N) Glasgow 6. Preoxigenación y retirada de la cánula de Guedel. Se procede a la intubación orotraqueal.

Se recaba la información para la historia clínica a través de un amigo que viaja con el paciente.

Antecedentes personales.

No fumador, bebedor ocasional, no DM, No RAMC.

Exploración física.

TA: 145/87 mmHg, FC: 115 lpm, SatO₂: 92%, GB: 89 mg/dL, T^a: 37,2° C.

Valoración según los patrones de salud de Gordon.

Patrón 1. Percepción-mantenimiento de la salud.

Paciente autosuficiente tanto en las actividades básicas de la vida diaria como en las actividades instrumentales de la vida diaria.

Patrón 2. Nutricional-metabólico.

No patologías.

Patrón 3. Eliminación.

El paciente no refiere dificultad ni patología alguna en este patrón.

Patrón 4. Actividad-ejercicio.

Autosuficiente para ABVD y AIVD. Ejercicio aeróbico y anaeróbico regular.

Patrón 5. Sueño-descanso.

Patron normal.

Patrón 6. Cognitivo-perceptivo.

Paciente inconsciente. Escala de Glasgow 6.

Patrón 7. Autopercepción-autoconcepto.

No ha lugar.

Patrón 8. Rol-relaciones.

Casado, con un hijo.

Patrón 9. Sexualidad-reproducción.

No ha lugar.

Patrón 10. Adaptación-tolerancia al estrés

Buen apoyo familiar.

Patrón 11. Valores-creencias

No ha lugar.

Se procede al traslado en helicóptero sanitario al hospital de referencia.

4 Discusión-Conclusión

Me parece relevante la exposición de este caso desde el punto de vista prehospitalario para recordar el proceder en las urgencias y emergencias de fuera del centro hospitalario, dado que es más frecuente encontrar casos clínicos intrahospitalarios en la bibliografía científica.

Importante también, remarcar la función del equipo del centro de salud rural, la cual no se limita las consultas y la atención en el propio edificio, sino que se desplazan también a atender avisos fuera de su “zona de confort”, por lo que es importante para este personal, estar actualizado en lo que a urgencias y emergencias extrahospitalarias se refiere.

5 Bibliografía

1. Barrios de Miranda, Zoraida; González de Álvarez, Lucy; Herrera Lian Arleth; Jiménez de Tache, María Teresa. Atención a la persona politraumatizada en su etapa inicial. Guías ACOFAEN. Biblioteca Lascasas, 2005; 1. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0024.php>
2. Gómez Martínez V, Ayuso Baptista F, Jiménez Moral G, Chacón Manzano MC. Recomendaciones de buena práctica clínica: atención inicial al paciente politraumatizado. Semergen [Internet]. 2008 [citado 12 de agosto

de 2023];34(7):354-63. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-recomendaciones-buena-practica-clinica-atencion-13127193>

3. Herrera Arce A, Betolaza López de Gámiz E, Murua Navarro F, Martínez H, Jiménez-Lerma JM. Enfermería en adicciones: El modelo teórico de H. Peplau a través de los patrones funcionales de M. Gordon. A propósito de un caso práctico. *Trastor Adict [Internet]*. 2003 [citado 12 de agosto de 2023];5(2):58-74. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-enfermeria-adicciones-el-modelo-teorico-13045095>

Capítulo 10

PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD EN LA INFANCIA. PROYECTO “UN ARCO IRIS POR UN NIÑO SANO”

LORENA DIAZ LOPEZ

MARIA ÁNGELES RAFAEL DE LA CRUZ LÓPEZ

TAMARA PALOMINO MARTIN

ALEJANDRO FERNÁNDEZ GARCÍA

MIRIAM CASARES BENITO

1 Introducción

Según los últimos informes elaborados por la OMS podemos decir que la obesidad infantil se ha convertido en uno de los problemas de salud pública más grave del siglo XXI.

Se estima que, a nivel mundial, 179 millones de niños presentan sobrepeso y obesidad.

El último informe de ALADINO 2019 sobre la obesidad infantil señalan como causante de la aparición de dicho problema, los malos hábitos de alimentación, la falta de actividad física y el uso excesivo de pantallas.

Pero también señalan la correlación entre estos malos hábitos y el nivel educativo de los padres, así como los ingresos económicos de la familia.

Los efectos secundarios que conlleva esta enfermedad en etapas tempranas de la vida, tienen consecuencias a corto plazo a nivel físico tales como la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipertensión arterial (HTA), enfermedades cardiovasculares (ECV), apnea del sueño, problemas ortopédicos, y algunas formas de cáncer.

A todos estos trastornos físicos, hay que añadir los problemas psicológicos y sociales que muchos niños/as con obesidad pueden llegar a sufrir: problemas de autoestima, rechazo social, discriminación o incluso ideas suicidas.

El entorno escolar es uno de los lugares donde se aprenden hábitos de salud, nutrición y actividad física. La relación privilegiada entre el enfermero escolar y el niño y su familia en los colegios, hace que sea posible intervenir llevando a cabo una prevención primaria de la obesidad infantil.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es desarrollar un proyecto de prevención de la obesidad dirigida a padres y niños de entre 3 y 7 años en el entorno escolar.

Dicho proyecto persigue concienciar a los padres del papel de la alimentación en la salud y el desarrollo de sus hijos, así como la importancia de inculcar a los niños hábitos alimenticios saludables.

Por otra parte, se quiere familiarizar a los niños con las frutas y las verduras y darles ganas de comerlas a diario.

Para lograr los diferentes objetivos, se elaborarán y pondrán a disposición de padres y niños diferentes juegos y actividades.

3 Metodología

Para elaborar el proyecto “Un arco iris por un niño sano”, se ha comenzado por realizar una búsqueda bibliográfica, que ha servido como documentación y base. Dicha documentación se ha obtenido poniendo en práctica una serie de estrategias de búsquedas bibliográficas en bases de datos, fuentes documentales y buscadores como Dialnet, Medline, Pubmed, Scielo, Cuiden, Fuden y Google académico.

Los términos que han servido como palabras clave para realizar dichas búsquedas son: “Obesidad infantil”, “Hábitos alimenticios”, “Sedentarismo”, “Sobrepeso”, “Frutas”.

Las referencias bibliográficas escogidas son publicaciones actuales que cumplen requisitos de calidad científica y metodológica y que aportan información acerca del tema a tratar.

Una vez recopilada toda la información necesaria, se ha procedido a elaborar un proyecto con talleres prácticos para padres y niños sobre una alimentación adecuada y saludable.

4 Resultados

El proyecto de intervención denominado «Un arco iris por un niño sano» está formado por talleres prácticos para padres y niños los cuales se explican a continuación:

1) Taller sobre dieta saludable para los alumnos:

Recomendaremos una dieta arcoíris, que consiste en incluir en la alimentación diaria frutas y verduras de diferentes colores para aprovechar todos sus nutrientes:

☒ Rojo: Cuidan de tu corazón, vasos sanguíneos y articulaciones.

☒ Naranja: previenen el cáncer y favorecen la producción de colágeno.

☒ Amarillo: son buenos para la vista, la digestión y el sistema inmunitario.

☒ Verde: ayudan a eliminar toxinas y combatir los radicales libres.

☒ Morado: mejoran la absorción de minerales y contienen antioxidantes.

☒ Blanco: ayudan al sistema inmunitario a destruir las células cancerosas.

Diseñaremos junto con ellos un calendario de recompensas semanales si se consigue de manera diaria comer alimentos de todos los colores del arcoíris.

2) Taller sobre dieta saludable a los padres (dieta del arcoíris) y entrega de material educativo con trucos para conseguir que sus hijos coman fruta y verdura:

☒ Deje participar a los niños en la cocina: Cocinar juntos les permitirá pasar buenos momentos en familia. A los niños les encanta ayudar.

Los más pequeños pueden lavar y trocear la lechuga, mezclar y remover; y un poco más mayores, podrán ayudarle a encontrar nuevas recetas y prepararlas.

Es mucho más fácil que los niños quieran comerse un plato si lo han preparado ellos mismos.

☒ Deje a la vista frutas y verduras: Llene el frigorífico de fruta y verdura lavada y lista para comer. Córtela en rodajas para que les sea aún más fácil servirse y picar.

Cuando se es tan pequeño, cuenta más el sabor que la salud, por lo que, si su cocina está llena de galletas, patatas fritas u otro tipo de comida basura, hay pocas probabilidades de que elijan los alimentos sanos.

☒ Llévuelos a hacer la compra: Aunque a veces pueda ser una pesadilla, es bueno que los niños participen en la compra. Déjelos elegir una fruta exótica o cualquier

verdura que nunca hayan probado y convierta la experiencia en un juego.

☒ Incluya una fruta o verdura en cada comida: Todos los días, con todas las comidas, las frutas y verduras deberían formar parte de su menú. Si se alimenta a los niños de esta manera desde el principio, esto se convertirá en algo totalmente normal para ellos y por lo tanto, no supondrá ninguna aprensión.

☒ No les dé de comer hasta que no tengan hambre: Sírvalos fruta y verdura cuando tengan hambre. Si tienen que elegir entre dichos alimentos o nada, se los comerán.

☒ Dé ejemplo: Si quiere que sus hijos coman fruta y verdura, tiene que comerlas usted también. Los niños aprenden de sus padres, así que la mejor manera de conseguir que coman sano es darles buen ejemplo.

☒ Coma lo mismo que ellos: Preparar un plato diferente para los niños es innecesario y lleva mucho tiempo. Es mucho más fácil que un niño pruebe un plato y se lo coma si tiene hambre y es la única opción que tiene en la mesa.

☒ Edúqueles: Explíqueles cómo funcionan sus cuerpos y por qué es importante que coman alimentos sanos.

5 Discusión-Conclusión

Los niños necesitan frutas y verduras todos los días para un crecimiento saludable y el desarrollo del cerebro.

Las primeras experiencias alimentarias también pueden afectar la forma en que comemos a medida que envejecemos. Por eso es tan importante introducir a los niños pequeños a alimentos saludables, incluyendo una variedad de frutas y verduras.

La infancia es el mejor momento para instaurar una alimentación saludable, ya que es precisamente en este momento cuando se desarrollan los hábitos alimenticios. La actuación de los padres puede ser un regalo para toda la vida para sus hijos.

Por todo ello, el papel enfermero en la prevención primaria ante la obesidad infantil es imprescindible.

6 Bibliografía

1. Rodríguez G, Gallego S, et al. Uso del índice de masa corporal para valorar la obesidad en niños y adolescentes. Revista Española de Obesidad. 2006; 4: 284-8.

2. Chrzanowska M, Koziel S, Ulijaszek SJ. Changes in BMI and the prevalence of overweight and obesity in children and adolescents in Cracow and Poland. *Economics and Human Biology*. 2007.
3. Casado de Frías E. Obesidad en la infancia: Preocupaciones actuales. *Anales de la Real Academia de Medicina*. Madrid. TOMO CXXIII (Cuaderno Segundo). 2006: 349-66
4. Romero T. Un nuevo método para detectar en niños y adolescentes el riesgo de complicaciones por obesidad. *ICM. Veganomicón*. 2014.

Capítulo 11

EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA CARDIOVERSIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

MARIA LUISA ROMERO ALONSO

ISABEL RUESCAS CALLEJA

DAMIÁN MARTÍNEZ CIFUENTES

1 Introducción

La cardioversión de un paciente es una intervención encaminada al tratamiento de ciertas arritmias que no han podido resolverse con la cardioversión farmacológica.

Este procedimiento se realiza en pacientes con un ritmo cardíaco anormal y consiste en aplicar una descarga eléctrica en el pecho, utilizando el desfibrilador de la unidad para con el fin de que el corazón vuelva a ritmo sinusal. Durante esta práctica y después pueden surgir algunas complicaciones, por ello la enfermería debe de estar formada y preparada para reaccionar en caso de que fuese necesario y asegurar así la seguridad del paciente.

A lo largo de este capítulo estudiaremos el papel que tiene la enfermería en la realización de este procedimiento, tanto en su preparación, como en la asistencia al médico durante el mismo y en el seguimiento inmediato tras realizarlo.

Para una correcta ejecución del procedimiento es importante que el equipo médico y los profesionales de enfermería estén coordinados y de ese modo ase-

gurar la seguridad y la eficacia de este mismo. En este capítulo realizaremos una revisión bibliográfica en la que estudiaremos brevemente la cardioversión farmacológica, la eléctrica y las mejores prácticas de enfermería en la cardioversión eléctrica enfocándonos en una atención integral del paciente.

2 Objetivos

- Comparar las diferencias entre cardioversión eléctrica y farmacológica.
- Evaluar los cuidados de enfermería en la cardioversión eléctrica
- Analizar la importancia de la comunicación interdisciplinar durante el procedimiento.

3 Metodología

Tras realizar una búsqueda exhaustiva de literatura científica en bases de datos médicas como CINAHL y PubMed, hemos utilizado como términos relacionados “cardioversión farmacológica”, “cardioversión eléctrica”, “urgencias”, “enfermería” “arritmias” y “complicaciones”. Incluimos estudios originales, revisiones bibliográficas y guías clínicas publicadas en los últimos 5 años. Hemos considerado tanto estudios en inglés como en español para obtener un estudio más actualizado y relevante.

4 Resultados

La cardioversión es un procedimiento utilizado en pacientes que sufren una anomalía en el ritmo cardiaco, puede realizarse la cardioversión farmacológica utilizando medicamentos y la eléctrica administrando una descarga al corazón. Es el tratamiento de arritmias, o taquicardias.

La farmacológica se realiza administrando fármacos ya sea vía oral o intravenosa, dependiendo de la necesidad del paciente, hasta que el tratamiento hace efecto puede ser desde minutos hasta días, y es preciso el seguimiento por parte del cardiólogo.

La eléctrica consiste en sincronizar un desfibrilador con el ritmo del corazón y administrar una descarga mediante dos electrodos o palas colocadas en el pecho. Previo a ello se realiza una ligera sedación, por ello es importante monitorizar la presión arterial, la saturación de oxígeno y frecuencia cardiaca.

Las funciones de enfermería en la cardioversión eléctrica en el servicio de urgencias son:

La preparación del paciente: Asegurarse de que el paciente conoce los posibles riesgos y beneficios, brindar apoyo emocional, ya que muchos pacientes suelen estar nerviosos ante este tipo de tratamiento, monitorizar y cerciorarse que la documentación está en orden.

Administrar medicación y la descarga según las órdenes médicas: Fármacos como propofol o midazolam para inducir a la sedación junto a aporte de oxígeno por posible desinfección. Una vez dormido el paciente se sincroniza el ritmo indicándolo en el desfibrilador y aplicar la descarga. Esperar a que se recupere y observar el electro en el monitor asegurándose de que sale de la arritmia y no existan complicaciones.

Prevención y manejo de complicaciones (hipotensión, arritmias graves, formación de coágulos...).

Los datos revisados durante en la literatura científica indican que existe una alta tasa de éxito alta a la hora de revertir las arritmias de este modo en el servicio de urgencias. A la vez es relevante destacar la importancia de que la enfermería debe estar formada y tener conocimientos sobre electros, fármacos y la capacidad de manejar situaciones de emergencias.

5 Discusión-Conclusión

La enfermería en el servicio de urgencias tiene un papel fundamental en el proceso de cardioversión, cerciorándose de la seguridad y el bienestar de los pacientes. La coordinación entre los profesionales médicos y de enfermería de manera efectiva es crucial para que el procedimiento se realice de manera correcta y con buenos resultados. Es importante realizar protocolos de cuidados basados en evidencia y ofrecer un enfoque integral para asegurarse de obtener resultados exitosos.

La participación activa de las enfermeras en el procedimiento de la cardioversión influye en gran medida en la eficacia de la intervención. La enfermera debe tener la capacidad para mantener un entorno controlado, proceder ante emergencias de manera oportuna y ser capaz de comunicarse eficazmente con los profesionales del equipo médico, ya que esto es esencial para el éxito del procedimiento.

6 Bibliografía

1. Smith A, et al. (2022). Consideraciones de enfermería en cardioversión: una revisión sistemática. *Revista de Enfermería Cardiovascular* , 37(2), 78-92.
2. García-Moreno JM, et al. (2021). Atención de enfermería durante los procedimientos de cardioversión en el servicio de urgencias: una guía de buenas prácticas. *Revista de enfermería de emergencia* , 45(3), 212-225.
3. Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Asistencial. (2020). Arritmias y trastornos de la conducción: Diagnóstico y manejo. Guía clínica [CG180]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg180>
4. Pérez R, et al. (2019). Educación del paciente y apoyo emocional en la cardioversión: un papel fundamental para la enfermería. *Corazón y ritmo* , 46(5), 365-378.
5. Asociación Estadounidense de Enfermeras de Cuidados Críticos. (2018). Alerta práctica de la AACN: Sedación para el adulto críticamente enfermo. *Revista estadounidense de cuidados críticos* , 27(3), 267-270.

Capítulo 12

LOS PACIENTES CON INFECCIONES URINARIAS Y LAS FUNCIONES DE ENFERMERÍA

JULIANA HORTELANO HORTELANO

LAURA TORRES PANCORBO

LLANOS LOPEZ MORA

ELENA CANTÓ GARCÍA

CARMEN ROMERO NAHARRO

1 Introducción

Es un proceso inflamatorio de la mucosa de la vejiga que afecta al aparato urinario, Las mujeres son más propensas a desarrollarla por su corta longitud de la uretra y proximidad de la vagina, siendo mucho más frecuente que la inflamación sea causada por una infección bacteriana, la cual puede desembocar en grandes molestias y dolor, o un problema de mayor severidad en el caso de que la infección se pueda diseminar a los riñones. En el menor de los casos, suele aparecer como reacción a geles, aerosoles o determinados medicamentos, y puede aparecer también como una complicación de otra enfermedad ya existente.

Tiene gran importancia poder conocer los principales síntomas para reconocerlo; así como la necesidad de tener que necesidad constante de orinar o dolor. En los hombres, esta patología no es muy frecuente al contrario que en las mujeres.

Es importante tener en cuenta ciertos factores de riesgo como: destacar si la persona está embarazada, si dicha persona es diabética, si hay infección en niños o una obstrucción; que pueda permitir un mayor crecimiento de los gérmenes. Por todo ello, es de vital importancia seguir un adecuado tratamiento, siendo el uso de antibióticos el principal tratamiento para ello.

2 Objetivos

Identificar la principal sintomatología que puede presentar una persona con cistitis.

Conocer los principales cuidados básicos y técnicas de enfermería a llevar a cabo.

3 Metodología

La metodología que se ha usado para realizar este capítulo, se basa en una revisión bibliográfica, usando documentación científica de diferentes bases de datos como “Medline” o “Google Académico”, y usando como principal descriptor “Cistitis” e Información sacada de un Experto de Enfermería.

4 Resultados

La cistitis es una patología la cual podemos prevenir correctamente si seguimos unas indicaciones; para ello debemos realizar un vaciamiento vesical completo precoito y postcoito y usar algún tipo de cremas antisépticas periuretrales antes del mismo.

El diagnóstico es viable y es de gran importancia dentro de los cuidados de enfermería. Para poder diagnosticar usaremos los cultivos de orina y el sistemático de orina.

Es de gran importancia poder reconocer y saber cuáles son los principales síntomas que pueden aparecer y manifestarse en esta patología; los cuales destacamos: disuria (micción difícil o dolorosa), polaquiuria (se produce cuando hay un aumento en el número de micciones), tenesmo vesical (tener la sensación de querer orinar constantemente), dolor en la zona suprapúbica, molestias pélvicas, febrícula y orina turbia de mal olor y en ocasiones puede ir acompañada con hematuria.

Para ello, es de vital importancia llevar a cabo un tratamiento correcto; Se empezaría en primer lugar con el uso y administración de cefalosporinas o

beta-lactámicos durante 3 días (sin ser necesario el urocultivo posterior al tratamiento).

En determinadas ocasiones puede darse el caso que el tratamiento antibiótico no funcione para todas las cistitis, y a su vez que no aparezca piuria y que el urocultivo salga negativo. En ese caso se debería valorar otras patologías diferentes como: vaginitis, vulvitis, traumatismos o alergias.

Es imprescindible tratar las complicaciones de la manera más rápida posible y correctamente, y destacar la importancia de llevar a cabo una prevención adecuada; ya que de lo contrario podrían convertirse en algo mucho más grave.

La evidencia ha demostrado que las mujeres son más propensas a contraer esta infección en comparación con los hombres, debido a que su uretra es más corta que la de los hombres y está más cercana al ano.

5 Discusión-Conclusión

Destacamos desde el equipo de enfermería que el principal agente etiológico más frecuente que aparece en esta patología es E.coli que se relaciona directamente con los diferentes factores de riesgos de los cuales muchos de ellos se pueden evitar. De ahí destacamos la vital importancia que podemos llevar a cabo con una correcta educación sanitaria a todos los pacientes para poder asegurarnos que puedan cumplir una correcta adhesión al tratamiento, sin olvidarnos de la importancia directa que tienen ciertos factores de riesgo mencionados anteriormente; entre los cuales podemos destacar: la genética, la edad o las condiciones fisiológicas y anatómicas, entre otros.

6 Bibliografía

- 1.- NANDA. Diagnósticos de Enfermería; 2003.
- 2.- De la Rosa M, Prieto J. Microbiología en ciencias de la salud: conceptos y aplicaciones. 2ª ed. España: Elsevier; 2010.
- 3.- Guido S, Eberhardt K, Klaus G, Martha MM, Eva HP. The Diagnosis of Urinary Tract Infection. Dtsch Arztebl [Internet]. 2010 [8 May 2015]; 107 (21): 361-367. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2883276/#R2>.

Capítulo 13

LAS FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN UN CODIGO ICTUS EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

JULIANA HORTELANO HORTELANO

LAURA TORRES PANCORBO

LLANOS LOPEZ MORA

ELENA CANTÓ GARCÍA

CARMEN ROMERO NAHARRO

1 Introducción

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.

El ictus es una de las patologías más frecuentes en la actualidad, suele debutar a partir de los 60 años, aunque si pueden aparecer en pacientes más jóvenes.

Suele ser más en mujeres que en hombres debido a la menopausia y déficit de estrógenos.

Se puede definir como que se trata de una patología (el ictus) en la que se produce una interrupción de la circulación sanguínea normal en el cerebro; bien por una isquemia, causa más frecuente (coagulo o estenosis arterial) o por una hemorragia. El ictus ocupa la tercera causa de muerte en el mundo occidental y la primera de invalidez permanente en adultos.

Se puede hablar de la instauración rápida del tratamiento tras el diagnóstico precoz en el ictus, como el código ictus.

El paciente o familiar ante cualquier síntoma de afasia, disartria, desviación de la comisura labial, afectación, algún miembro, brazos o piernas en el que no puedan mover deberá llamar o acudir al centro médico más cercano para evitar que se alargue el tiempo para poder instaurar el tratamiento.

2 Objetivos

- Describir funciones o papel que puede desempeñar el profesional de enfermería ante un código ictus.
- Conocer criterios de inclusión para el código ictus.

3 Metodología

Nos planteamos realizar una búsqueda bibliográfica en la que debemos incluir artículos en las que puedan ofrecernos datos sobre como el tratamiento y síntomas de un código ictus. Se han consultado bases de datos de Pubmed, Scielo, Chrocrane, etc.

Palabras clave: Código, ictus, tratamiento, cuidados.

Se han incluido artículos con validez científica, en inglés y español.

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 pauté 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

En este tema del ictus el tiempo es muy importante, por lo que el diagnóstico precoz evitara incluso la muerte del paciente. Todo lo realizado debe quedar registrado para no haber problemas en cuanto a la actuación que se ha realizado al paciente.

6 Bibliografía

- Powers WJ et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2018;49(3):e46-e110.
- Nogueira RG. TG DAWN Trial Investigators. Thrombectomy 6 to 24 hours after stroke with a mismatch between deficit and infarct. *N Engl J Med*. doi: 10.1056/NEJMoa1706442

Capítulo 14

PACIENTE CON LINFEDEMA Y LAS FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DEL CÁNCER

JULIANA HORTELANO HORTELANO

LAURA TORRES PANCORBO

LLANOS LOPEZ MORA

ELENA CANTÓ GARCÍA

CARMEN ROMERO NAHARRO

1 Introducción

El cáncer es la segunda enfermedad de muerte en el mundo, es una patología que no es buscada y que puede aparecer en cualquier zona corporal y por supuesto hasta la actualidad no existe la curación total.

El cáncer de mama puede aparecer en hombres como en mujeres, aunque es más frecuente en estas últimas. Los factores de riesgo que no se pueden modificar en el cáncer de mama, pueden ser la edad, mutaciones genéticas, antecedentes de familiares con cáncer de mama, etc.

Tras realizar las pruebas diagnósticas como la mamografía, pruebas de imagen, marcadores analíticos tumorales, etc. los pacientes que son diagnosticados con cáncer de mama, se les realizara una intervención quirúrgica denominada mastectomía. No siempre retiran toda la mama, en ocasiones solo realizan parcialmente la retirada.

El linfedema podrá aparecer cuando se acumula flujo linfático en tejidos blandos. Si el cáncer de mama se expande, tiende a afectar los nódulos linfáticos que drenan linfa desde la mama. El linfedema puede aparecer pronto después de la cirugía o puede tardar meses e incluso años en desarrollarse. Pudiendo provocar infección localizada en el edema o incluso extenderse a otras áreas del cuerpo. El impacto del paciente tanto en el diagnóstico como en el proceso de postmastectomía es algo que enfermería deberá apoyar, guiar y por supuesto escuchar al paciente con mucha empatía.

2 Objetivos

- Conocer qué tipos de cuidados o ayuda puede ofrecer o administrar enfermería en pacientes con cáncer de mama para evitar el linfedema.

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 de enfermería a estos pacientes.

Palabras clave: cáncer, linfedema, cuidados, quirúrgica.

4 Resultados

- Se ha podido incluir en nuestro trabajo de la revisión bibliográfica artículos en los que podemos observar que tipo de cuidados se podrán administrar para la prevención del linfedema en pacientes postmastectomizadas.
- La enfermera debe realizar la educación sanitaria de prevención del linfedema tras la cirugía inmediatamente.
- enfermería debe conocer que factores o riesgo más frecuentes puede ver en caso de que la paciente pueda ser susceptible a padecer linfedema, como en caso de la mastectomía radical con ganglios axilares, tratamiento con radioterapia o quimioterapia con taxanos.
- La enfermera para poder ayudar a los pacientes ante la prevención del linfedema aconsejará a estos: evitar la obesidad, para ello puede aconsejar dietas equilibradas, y evitar sedentarismo, consumo de tabaco o tóxicos. Una higiene correcta

de la paciente evitará acúmulo de suciedad y también grasa de la cual está compuesto el linfedema. No es conveniente que la paciente se exponga ni al excesivo frío ni al calor, esto puede provocar una carga excesiva de linfa. No realizará ni cogerá pesos excesivos con la extremidad enferma.

- La enfermera para la prevención del linfedema será controlar al paciente rutinariamente en consulta en la cual utilizará la circunferencia volumétrica. Por ello, la enfermera utilizará una cinta métrica para medir la extremidad principal.

Después se medirá la otra extremidad, en caso de que haya diferencia de dos centímetros de la extremidad enferma a la sana nos hará intuir que existe linfedema.

- En cada consulta de enfermería que acuda la paciente, el profesional sanitario le realizará una serie de preguntas a esta para identificar si sufre también linfedema.

- La enfermera también puede aconsejar que acuda a fisioterapia para que el paciente realice ejercicios de prevención del linfedema.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer de mama es la segunda causa de muerte en la actualidad, como se ha podido ver es más frecuente en mujeres que en hombres, aunque existe también en estos últimos nombrados.

El linfedema es una complicación que puede aparecer tras la cirugía de la retirada de la mama radical, incluyendo ganglios linfáticos, es decir, la mastectomía.

Enfermería deberá aconsejar a estos pacientes todo tipo de cuidados, desde no exponerse al sol ni al frío, como el que no debe coger pesos con el brazo afectado.

Enfermería en su consulta podrá comprobar si la paciente padece esta afección mediante preguntas que puede realizar a esta paciente y la medición de la cintra métrica del brazo enfermo diferencia ante el sano.

6 Bibliografía

- Hinkle JL y Cheever KH. Brunner y Suddarth. Enfermería medicoquirúrgica, 14.ª edición. Barcelona: Wolters Kluwer; 2019.
- Ortega-López, R.M., et al. Cuidado de enfermería en paciente postoperada de mastectomía: estudio de caso. Revista Cuidarte, 2014, vol. 5, nº 2, pág. 842-850
- Baena de Moraes, M.E., Alves de Moura, A. Raso, S., Giovanelli, T., Silva, M.A. Diagnósticos de enfermagem pos-operatorio de mastectomía. Esc Anna Nery 2013; 17 (2): 354-360.

Capítulo 15

ENFERMERÍA DURANTE LA PERFUSIÓN INTRAVENOSA DE LIDOCAÍNA Y KETAMINA

MARIA LEON HERVAS

MARIA DEL VALLE ALAÑÓN ACEVEDO

ANA ISABEL ALAÑÓN ACEVEDO

ANA ISABEL MUÑOZ LLANOS

CELIA VELÁZQUEZ GARCÍA

1 Introducción

Gran parte de la población que ha padecido la COVID-19, se recuperan en unas semanas. Pero hay algunas personas que, independientemente de la gravedad de la enfermedad, a día de hoy pueden seguir teniendo consecuencias.

Tiempo atrás, con el MERS y el SARS, ya pudimos conocer su afectación a nivel del SNC y SNP. En la actualidad, con el SARS-CoV-2 estamos evidenciando, entre otros, algunos signos de daño neuromuscular secundarios a estancias prolongadas en unidades de cuidados intensivos, largos períodos de encamamiento y al uso de tratamientos con algún tipo de neurotoxicidad, como la polineuromiopatía del enfermo crítico.

Hoy por hoy, y con el escaso conocimiento que tenemos aún sobre la enfermedad y sus secuelas, se han empezado a identificar cuadros de dolor crónico, destacando el somático y el visceral y, en menor medida, el dolor neuropático, quizás

por estar infradiagnosticado. El dolor crónico neuropático se define como el que es causado por lesión o enfermedad del sistema nervioso central o periférico. Con el fin de paliar estos cuadros de dolor crónico y la polimedicación que conllevan, existen múltiples técnicas y tratamientos que, en muchas ocasiones, no son lo suficientemente efectivos.

La ketamina es un anestésico clásico que es poco utilizado como tal, pero sí indicado cada vez más como analgésico para el dolor agudo y crónico, aunque, en la práctica clínica, ofrece resultados muy dispares. Asimismo, el tratamiento con lidocaína, anestésico local, ha demostrado un efecto antihiperálgésico en este tipo de patologías que, asociado al sulfato de magnesio como coadyuvante en el manejo analgésico, aumenta teóricamente la sinergia para el control del dolor.

Este tipo de tratamientos implican un manejo adecuado y especializado por parte de los profesionales sanitarios, especialmente, de enfermería, cuidando la técnica y vigilando al paciente durante la perfusión, controlando constantes vitales y la aparición de posibles efectos secundarios.

Se presenta el caso de un paciente polimedicado, con habituación a opioides y con cuadro de dolor crónico neuropático, en el cual, tras haber sido sometido a diferentes técnicas para el tratamiento del dolor, no se ha obtenido la respuesta esperada. Se propone la administración de tratamiento combinado de ketamina, lidocaína y sulfato de magnesio en perfusión continua durante cinco días ininterrumpidos.

2 Objetivos

- Obtener un mayor conocimiento sobre las secuelas de la COVID-19 y sus posibles tratamientos a raíz de un caso clínico.
- Desarrollar prácticas y tratamientos para conseguir la deshabituación de opioides.

3 Caso clínico

Varón de 53 años (marzo 2020) que acude al hospital por disnea y fiebre de 10 días de evolución.

No presenta alergias medicamentosas conocidas, únicamente padece hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo con levotiroxina 125 mcg y sin antecedentes familiares de interés. No tiene hábitos tóxicos. Es IABVD.

A su llegada al Servicio de Urgencias Hospitalarias, se explora al paciente, se toman constantes vitales, se realiza analítica de control, radiografía de tórax y

estudio de microbiología para múltiples patógenos, donde se evidencia infiltrado intersticial bilateral además de PCR SARS-COV-2 positiva y negativa para el resto de patógenos. Las constantes vitales están dentro de la normalidad, excepto la SatO2 que se encuentra al 90%, acompañada de trabajo respiratorio. Se decide ingreso hospitalario.

Tras 3 días en planta de medicina interna con mala evolución, presenta episodio de desaturación del 85% con mascarilla reservorio al 100% y 30 l y trabajo respiratorio que, tras pronar al paciente, remonta hasta SatO2 94%. Se decide ingreso en

UCI para intubación orotraqueal y ventilación mecánica. A su ingreso, presenta movimientos ventilatorios disminuidos y crepitantes dispersos en ambos campos pulmonares.

Durante su ingreso, se mantiene hemodinámicamente estable durante todo el tiempo, sin necesidad de drogas vasoactivas, con tratamiento con corticoides y antibioterapia con meropenem, linezolid y fluconazol por sospecha de sobreinfección. Desde el punto de vista respiratorio presenta deterioro a Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA) con mala respuesta a tratamiento, cambios posturales de prono y supinación, tapones de moco en varias ocasiones con desaturación y que, dada la dificultad para el destete de la ventilación mecánica, se realiza traqueostomía.

Tras 85 días de ingreso en UCI, se encuentra consciente, orientado y colaborador, con episodios de ansiedad, principalmente nocturnas, y con clara mejoría clínica. Desde el punto de vista respiratorio, decanulado sin incidencias y con GN 3l, satO2 100% y gasometría arterial con valores normales. Presenta alteraciones iónicas, hiponatremia, hipopotasemia, hipofosfatemia e hipomagnesia con reposición. Tolerancia a dieta sin incidencias. Afebril, sin datos de infección aguda, sin leucocitosis ni reactantes de fase aguda elevados. Sin tratamiento antibiótico actual.

Sale a planta de hospitalización. Valorado por Rehabilitación por atrofia muscular en piernas y presencia de neuropatías en MMSS de predominio distal.

Al alta (junio 2020) presentó miopatía de enfermo crítico, siendo el dolor neuropático de miembros superiores el más intenso, sobre todo, en región interna del antebrazo y dorso de las manos.

Los hallazgos en EMG (agosto 2020) son compatibles con mononeuropatía múltiple de ambos nervios radiales de grado moderado-intenso.

Lo define como dolor nociceptivo, continuo, con episodios de mayor intensidad y que empeora con el calor. Ha perdido movilidad en manos y brazos, con imposibilidad para el puño y flexión completa de los dedos. Puede hacer la pinza con

el segundo y tercer dedo, con flexo-extensión de codos moderadamente limitada y musculatura de antebrazos en tensión. Sin alodinia. Refiere EVA de 8-10. En tratamiento con palexia 50 mg 1-0-1, gabapentina 300 mg 1-0-1 y Zaldiar según dolor, pudiendo tomar 1-1-1.

Es derivado a la Unidad de Dolor Crónico para realizar diversas técnicas de bloqueo de nervios periféricos, así como de radiofrecuencias pulsadas de los nervios radiales y cubitales bilaterales sin demasiada respuesta.

En la actualidad (marzo 2023), se propone la realización de tratamiento endovenoso mediante perfusión continua e ininterrumpida durante cinco días (lunes a viernes) de lidocaína, ketamina y sulfato de magnesio y acepta. Se le explica la técnica, se le entrega consentimiento informado y los posibles efectos adversos. El paciente firma y se procede a la canalización de vía periférica para la administración del tratamiento. Se prepara mezcla según pauta médica por kilogramos de peso y se programa bomba de perfusión para administrar el tratamiento en una hora. Se monitorizan constantes vitales del paciente y se administra premedicación (midazolam IV lento). Posteriormente, se administra tratamiento en perfusión continua. Durante este tiempo, se vigilan constantes vitales, así como la clínica del paciente. Una vez concluido el tratamiento, se administran 100 ml suero fisiológico con el fin de mantener en observación al paciente durante 30 minutos. Al terminar, se hepariniza vía periférica, se obtura y se protege. El paciente es dado de alta a domicilio.

Una vez terminado el tratamiento de 5 días, se realiza consulta al mes (julio 2023) para ver su respuesta al tratamiento. En este caso, el paciente ha mejorado consiguiendo reducir su tratamiento de base a palexia 25 mg/12 h, gabapentina misma pauta y con zaldiar como medicación de rescate si precisa. Refiere mejoría de su calidad de vida.

4 Discusión-Conclusión

La posición prono asociada al tratamiento del SDRA ha sido utilizada durante décadas y, actualmente, se ha convertido en una herramienta imprescindible para el tratamiento de la COVID-19.

Esta posición junto con diversos factores asociados como la malnutrición, la incapacidad de expresar el disconfort, el uso de medicación, la tormenta de citoquinas, etc. han podido actuar de manera negativa sobre estructuras que ya estaban dañadas previamente por la afectación neurológica del virus.

La perfusión de lidocaína y ketamina supone un tratamiento, principalmente, coadyuvante al tratamiento de base, consiguiendo reducir la habituación a opi-

oides. Se puede considerar una opción terapéutica aunque, en la actualidad, no existen suficientes estudios sobre la efectividad de este tipo de tratamientos para el control del dolor crónico y se desconoce la tolerancia a largo plazo de las dosis eficaces.

El manejo de este tipo de tratamientos es controlado por un anestesiólogo y una enfermera que deben estar entrenados en la técnica y en el manejo precoz de la posible aparición de efectos adversos.

5 Bibliografía

1. Juárez-Belaúnde A, Serrano Afonso AA. Dolor neuropático y COVID-19: una relación silente [Neuropathic pain and COVID-19: A silent relationship]. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2022 Dec;69(10):708-709.
2. Martínez Cruz Bertha Lidia, Ramírez Campaña Jesús Cleofás, Morales Barraza Ariel, Santos Alvarado Leonardo, Arrambí Díaz Cíbeles. Efecto de una rehabilitación temprana en pacientes con debilidad adquirida en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Med. crít. (Col. Mex. Med. Crít.)* [revista en la Internet]. 2022 [citado 2023 Mayo 07]; 36(1): 39-44.
3. Ballvé A, Llauradó A, Palasí A, Quintana M, Martínez-Sáez E, Laínez E, Raguer N, Juntas R. Debilidad como complicación del paciente crítico por COVID-19: características clínicas y factores pronósticos en una serie de casos. *Rev Neurol* 2021;73 (01):10-16

Capítulo 16

ENFERMERÍA ANTE LA TOMA DE LA PRESIÓN ARTERIAL A LOS PACIENTES EN LOS CENTROS DE SALUD

MARIA LEON HERVAS

MARIA DEL VALLE ALAÑÓN ACEVEDO

ANA ISABEL ALAÑÓN ACEVEDO

ANA ISABEL MUÑOZ LLANOS

CELIA VELÁZQUEZ GARCÍA

1 Introducción

La tensión arterial es un trastorno por el cual los vasos sanguíneos tienen persistentemente una tensión elevada, esta tensión se genera por la fuerza de empuje de la sangre a las paredes de las arterias cuando el corazón bombea. En cuanto a su diagnóstico, se considera como hipertensión cuando las cifras de tensión arterial son superiores a 140 milímetros de mercurio para la sistólica y 90 milímetros de mercurio para la diastólica, ya que cifras superiores a estas mantenidas en el tiempo son perjudiciales para el aparato cardiocirculatorio.

Como sabemos, la hipertensión arterial es más común en hombres que en mujeres, según el estudio @diabetes.es el 42.6% de la población española es hipertensa, incrementándose estos datos en los varones (49.9%) que en las mujeres (37.1%), añadiendo que el 37.4% de los hipertensos están aun sin diagnosticar.

Actualmente, para el diagnóstico de la hipertensión arterial se realizan tomas de tensión arterial en consulta durante varios días, en consulta, o en farmacia, sin embargo, esta técnica tiene sus inconvenientes, como picos de tensión arterial elevada puntuales, o el conocido como fenómeno de la bata blanca, según el cual se registran cifras elevadas de tensión arterial cuando el paciente acude a consulta para su lectura.

2 Objetivos

-Dar a conocer de monitorización ambulatoria de la presión arterial, indicando cómo ayuda a dar un diagnóstico más exacto y a evitar errores en el mismo producidos por cifras elevadas de tensión arterial puntuales.

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

La monitorización ambulatoria de la presión arterial, también llamada MAPA por sus siglas, es una técnica con la que se pretende medir la presión arterial de un paciente a lo largo de 24 horas, de forma periódica, normalmente cada 10-15 minutos durante el periodo de actividad y cada 30 minutos durante la noche, fuera del ámbito hospitalario, tratando de reproducir la vida cotidiana para que la efectividad de la misma sea máxima.

Esta prueba es realizada en los centros de Atención Primaria, por lo que el paciente deberá de acudir un día para que le coloque el esfigmomanómetro y acudir al día siguiente para retirarlo y realizar la lectura de los datos.

Esta técnica es especialmente útil cuando exista una sospecha de incremento de la presión arterial como consecuencia de la visita médica, provocando este “fenómeno de bata blanca” grandes discrepancias entre las tomas realizadas en la consulta y en la propia vida cotidiana. Por otro lado, esta técnica también nos va a permitir observar las variaciones y alteraciones de la presión arterial en relación

con los niveles de actividad y a las diferentes fases del día, permitiéndonos también la correcta evaluación de la terapia antihipertensiva utilizada.

Por parte de enfermería hemos de realizar una correcta técnica de colocación del dispositivo tras el consentimiento del paciente, asegurarnos de informar siguiendo la escucha activa y resolviendo cualquier duda que el paciente pueda tener, además le explicaremos que para la correcta obtención de los datos, habrá de seguir una serie de pasos para la correcta utilización del dispositivo como: mantener siempre el monitor encendido, mantener el brazalete al mismo nivel del corazón, mantener el brazo firme durante las lecturas, realizarse la prueba en un día representativo del nivel habitual del paciente, evitar actividades de ejercicio físico inusual y tomar su medicación habitual y en el mismo horario.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto, existen varias técnicas para el diagnóstico de la hipertensión arterial, sin embargo, la técnica de monitorización ambulatoria de la presión arterial, nos ofrece la posibilidad de acercarnos lo máximo posible a los hábitos de vida normales del paciente. Esto, por supuesto, tiene grandes ventajas, ya que nos permite ver claramente como cambia la presión arterial durante el día y la noche, recomendando su uso ya no únicamente en el diagnóstico, sino también en el seguimiento, la evaluación y el tratamiento.

Como contraparte, esta es una técnica que, a pesar de su precisión, también cuenta con algunas limitaciones, como tener un personal familiarizado con la misma, e incomodidad para el paciente, principalmente debido al largo tiempo de empleo del esfigmomanómetro en comparación con las tomas de presión arterial convencionales, por lo que la educación es clave para que el paciente vea el beneficio de la misma, minimizando los errores y aportando una ventaja sobre la técnica convencional.

6 Bibliografía

1.SEMG - Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia [Internet]. GUÍA PARA EL ABORDAJE DE LA HIPERTENSIÓN POR EL FARMACÉUTICO COMUNITARIO EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA: DOCUMENTO DE CONSENSO MULTIDISCIPLINAR;
Disponible en: https://www.semg.es/images/2022/Documentos/Guia_abordaje_HTA_AP.pdf

2..Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei EA, Azizi M, Burnier M, et al. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Society of

Hypertension (ESH) sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial.

Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol. 2019;72(2):160.e1e78. Disponible en: https://journals.lww.com/jhypertension/Fulltext/2018/10000/2018_ESC_ESH_Guidel

Capítulo 17

PACIENTES CON TRASTORNO HEREDITARIO DE QUISTES RENALES Y EL CUIDADO DE ENFERMERÍA

MARIA LEON HERVAS

MARIA DEL VALLE ALAÑÓN ACEVEDO

ANA ISABEL ALAÑÓN ACEVEDO

ANA ISABEL MUÑOZ LLANOS

CELIA VELÁZQUEZ GARCÍA

1 Introducción

La enfermedad renal poliquística es una patología de origen genético que afecta a los riñones y puede tener graves implicaciones en la salud de las personas. A pesar de no ser una enfermedad común, su incidencia es de alrededor de 1 de cada 1000 individuos. Esta afección se caracteriza por la aparición de múltiples quistes en los riñones, lo que conlleva una disminución gradual de la función renal y puede culminar en insuficiencia renal.

La enfermedad renal poliquística se divide en dos tipos: la enfermedad renal poliquística autosómica dominante (ADPKD) y la enfermedad renal poliquística autosómica recesiva (ARPKD). La ADPKD es más frecuente y se manifiesta en la edad adulta, mientras que la ARPKD es más infrecuente y afecta a los bebés y los niños. Ambas formas pueden provocar una variedad de síntomas, como

dolor abdominal, lumbalgia, infecciones urinarias, cálculos renales y problemas renales.

El diagnóstico de la enfermedad renal poliquística se realiza a través de pruebas de imagen, como pueden ser ecografías o resonancias magnéticas, que detectan la presencia de quistes renales. Una vez que se ha diagnosticado la enfermedad, no existe cura y el tratamiento se enfoca en controlar los síntomas y prevenir la progresión de la enfermedad.

2 Objetivos

-El principal objetivo del documento es describir los cuidados de enfermería que se deben tener en cuenta en el manejo de pacientes con enfermedad renal poliquística.

3 Metodología

Para elaborar este documento se llevó a cabo una investigación bibliográfica sobre los cuidados de enfermería en pacientes con enfermedad renal poliquística, 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 son esenciales para el manejo de la enfermedad renal poliquística. Estos cuidados se enfocan en el control de los síntomas, la prevención de complicaciones y la promoción de un estilo de vida saludable para los pacientes.

Para el control del dolor abdominal y la lumbalgia, los pacientes pueden requerir analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Sin embargo, se debe tener precaución con el uso prolongado de estos medicamentos, ya que pueden dañar los riñones y empeorar la enfermedad. Además, se recomienda el uso de técnicas de relajación y terapias alternativas para aliviar el dolor y reducir el estrés.

La prevención de infecciones urinarias es otro aspecto importante de los cuidados de enfermería en pacientes con enfermedad renal poliquística. Se debe fomentar una buena higiene y promover la ingesta adecuada de líquidos para mantener la

orina diluida y evitar la acumulación de bacterias. Además, se deben tratar rápidamente las infecciones urinarias para prevenir su propagación y evitar daños en los riñones.

Los cálculos renales son una complicación común de la enfermedad renal poliquística y pueden requerir tratamiento mediante la ingesta de líquidos, la administración de analgésicos y la intervención quirúrgica en casos graves. La enfermería debe brindar apoyo emocional y educar a los pacientes sobre las medidas preventivas para evitar la formación de cálculos renales.

Por último, una parte importante del papel enfermero es fomentar un estilo de vida saludable para prevenir la progresión de la enfermedad. Esto incluye promover una dieta equilibrada, baja en sodio y proteínas, y fomentar la actividad física moderada. Además, se debe educar a los pacientes sobre la importancia de controlar la presión arterial y mantener niveles saludables de colesterol y azúcar en sangre.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los cuidados de enfermería son de vital importancia para el manejo de la enfermedad renal poliquística. La enfermería desempeña un papel crucial en el control de los síntomas, la prevención de complicaciones y la promoción de un estilo de vida saludable para los pacientes.

La enfermería debe trabajar en colaboración con otros profesionales de la salud, incluyendo médicos, nutricionistas y psicólogos, para brindar un cuidado integral y personalizado a los pacientes con esta patología. Es importante educar a los pacientes sobre la importancia de seguir las recomendaciones médicas y adoptar un estilo de vida saludable para prevenir la progresión de la enfermedad.

Además, la enfermería debe estar preparada para brindar apoyo emocional a los pacientes y sus familias, ya que la enfermedad renal poliquística puede ser una condición debilitante y afectar la calidad de vida de los pacientes. Es esencial proporcionar un ambiente de cuidado seguro y acogedor para los pacientes, en el que se sientan escuchados, respetados y apoyados.

6 Bibliografía

"Enfermedad renal poliquística autosómica dominante", Sociedad Española de Nefrología. Disponible en: <https://www.senefro.org/modules.php?name=webstructure&idwebstructure=619>

"Cuidados de enfermería en pacientes con enfermedad renal poliquística",

Revista de Enfermería Nefrológica e Insuficiencia Renal (2019). Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/77902/cuidadosdeenfermeria-en-pacientes-con-enfermedad-renal-poliquistica/>

Capítulo 18

ENFERMERÍA A PACIENTES CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO

RAQUEL DÍAZ ALMAZÁN

MARIA JOSE TRUJILLO LÓPEZ

ESTER GARCÍA CEBRIÁN

CARMEN MUÑOZ GUZMÁN

1 Introducción

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una enfermedad crónica y curable en la que el virus está suprimido en la mayoría de los pacientes y cuya esperanza de vida es comparable a la de la población general con VIH. VIH significa virus de la inmunodeficiencia humana. Interfiere con el sistema inmunitario al destruir tipos de glóbulos blancos que ayudan al cuerpo a combatir infecciones. Esto lo pone en riesgo de infecciones graves y ciertos tipos de cáncer. El VIH se puede propagar de varias maneras:

1. Relaciones sexuales sin protección con una persona infectada por el VIH. Este es el tipo de distribución más común.
2. Proporcionar agujas para el uso en tela.
3. Cuando se exponen a la sangre de una persona infectada por el VIH.

4. Transmitida de madre a hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia.

Las personas con mayor riesgo de infección por el VIH incluyen: Personas con otras enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Las ETS aumentan el riesgo de contraer o transmitir el VIH. Personas que comparten agujas para inyectarse drogas. Personas homosexuales y bisexuales, especialmente afroamericanos, hispanos o latinos. Las personas que tienen conductas sexuales de riesgo, por ejemplo, no usan condones.

2 Objetivos

- Conocer qué es el VIH y cómo se transmite.
- Identificar los principales factores de riesgo que desencadenan la enfermedad y sus síntomas a raíz de un caso clínico.

3 Caso clínico

Vamos a exponer un caso clínico de un hombre que acude por un principio de una supuesta bronquitis, por el que se encuentra muy mal y tiene que acudir al servicio médico, ya que estaba con bajadas de tensión continuas y con flojedad absoluta. Un hombre de 32 años, casado y con dos hijos, desarrolló cuadros de tos y esputo blanco durante varias semanas, estaba débil, perdió aprox. 2 meses, ganó 3 kg, respirando durante esfuerzos moderados. Informó tener relaciones sexuales frecuentes sin protección con otros hombres. Fuma 20 cigarrillos al día, bebe alcohol los fines de semana y ocasionalmente inhala cocaína. No tiene otros antecedentes médicos de interés y no está recibiendo tratamiento estándar. Al examen físico presentaba temperatura normal salvo temperatura de 37,2 °C y nódulos finos en la base de ambos pulmones. Su estado general era bueno, con un examen abdominal normal y sin adenopatías palpables en los sitios palpables. Análisis fundamental (CSC, bioquímica y gases arteriales basales). El paciente ingresó en Medicina Interna y se tomó una muestra.

El esputo de *Pneumocystis jirovecii* fue positivo, por lo que se inició tratamiento con trimetoprima-sulfametoxazol durante 21 días. Al mes y medio del ingreso su estado mejoró ya los 4 meses fue dado de alta al policlínico para un nuevo examen, acudió al médico a la semana del análisis de sangre. Después de 4 meses de uso, el paciente acudió a consulta donde le dieron los resultados y le dijeron que estaban estables. Después de la consulta se debe reservar otra cita, pero esta vez por 6 meses debido a la evolución y buena respuesta al tratamiento.

Que gracias a los avances se puede determinar el nivel de vida de las personas con este virus y con una vida totalmente normal.

4 Discusión-Conclusión

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un problema de salud pública no solo por las múltiples vías de transmisión (sexo, por inyección), sino que también provoca signos de infección tanto en adultos como en recién nacidos, independientemente de su sexualidad, clase social o cultural desde que se registra su primer indicio de que solo se trata de un comportamiento heterosexual, ha habido un crecimiento en los últimos años. El virus de la inmunodeficiencia humana (SIDA) es un problema de salud pública que afecta tanto a hombres como a mujeres, pero también afecta a personas y pino de escasos recursos económicos. Las malas noticias sobre virus y el acceso limitado a la atención médica, si es que hay alguno, no son algo que las organizaciones de salud pública puedan elegir.

5 Bibliografía

1. Acerca del VIH/SIDA | Información básica | VIH/SIDA | CDC [Internet]. Cdc.gov. 2021. <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/whatishiv.html>.
2. Virus de la inmunodeficiencia humana - Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. Es.wikipedia.org. https://es.wikipedia.org/wiki/Virus_de_la_inmunodeficiencia_humana.
3. Información sobre el VIH y el SIDA | Síntomas, prevención y tratamiento I Planned Parenthood [Internet]. Plannedparenthood.org. <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/enfermedadesdetransmisionsexual-ets/vih-sida>.
4. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Ciudadanos - Enfermedades Transmisibles - SIDA [Internet]. Mscbs.gob.es. <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/queesSidaVih.htm>.

Capítulo 19

FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA ENTUBACIÓN DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO

RAQUEL DÍAZ ALMAZÁN

MARIA JOSE TRUJILLO LÓPEZ

ESTER GARCÍA CEBRIÁN

CARMEN MUÑOZ GUZMÁN

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, aspirador, 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 20

CÓMO LLENAN LOS TUBOS DE SANGRE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LAS EXTRACCIONES

GONZALO MARTINEZ MARTINEZ

RAMIRO JOSÉ SÁNCHEZ CALVO

JAVIER ESTEBARANZ GOMEZ

JUAN PÉREZ-OLIVARES GARCÍA

DANIEL LOPEZ REY FORTUNA

1 Introducción

Los resultados de laboratorio son la base de la mayoría de las decisiones médicas y, por lo tanto, los errores en la petición, recogida y/o análisis de las muestras pueden suponer daños graves para el paciente.

En este proceso, los errores ocurren con más frecuencia en la fase pre analítica (46 %-68,2 %), que incluye las extracciones sanguíneas como su principal actividad (1). En los hospitales, las flebotomías se realizan rutinariamente para el manejo y el seguimiento de los pacientes, ya que de una forma mínimamente invasiva permiten conocer el estado de diferentes parámetros: bioquímicos, hematológicos, microbiológicos, etc. (2).

Con la finalidad de reducir los riesgos y trasladar los conocimientos sobre las extracciones sanguíneas a los profesionales, el Clinical Laboratory Standards In-

stitute (CLSI) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) disponen de guías en las que se recogen y revisan todos los aspectos del procedimiento (3).

No obstante, algunas de sus recomendaciones han sido objeto de estudios y todavía continúan generando controversia como, por ejemplo, el orden de llenado de los tubos que debe seguirse en la recogida de muestras sanguíneas. Este tema empezó a ganar especial importancia en 1977, cuando se reportó un falso caso de hiperpotasemia e hipocalcemia debido a una supuesta muestra contaminada.

Asimismo, en 1982, Calam y Cooper reportaron que las muestras se contaminaban con anticoagulante cuando no se cumplía con el orden de llenado adecuado (1). Desde aquel entonces, el objetivo de recomendar un orden específico es evitar la contaminación cruzada entre los diferentes aditivos que contienen los tubos de muestras. La secuencia de recogida recomendada por el CLSI y la OMS es la siguiente (1,3,4): 1. Frascos de hemocultivos. 2. Tubos sin aditivos. 3. Tubos de coagulación. 4. Tubos con activador de coágulo. 5. Tubos con separador de suero. 6. Tubos con heparina sódica. 7. Tubos con separador de plasma. 8. Tubos con ácido etilendiaminotetraacético (EDTA). 9. Tubos de sangre. 10. Tubos de oxalato/fluoruro. La contaminación con aditivos y anticoagulantes ocurre y no siempre es fácil o posible de identificar, especialmente en el caso del EDTA.

Cuando esto ocurre, se producen alteraciones de los parámetros analizados y, en consecuencia, el rechazo de la muestra por parte del laboratorio, afectando negativamente a la atención y la salud del paciente.

Los mecanismos por los que podría producirse esta contaminación son tres: el primero, por decantación de la sangre de un tubo a otro, el segundo, por el retorno de la sangre del primer tubo al segundo cuando se utiliza un sistema de aspiración, y, el tercero, por utilizar una única jeringa para llenar todos los tubos (5).

Sin embargo, la evidencia es contradictoria en cuanto a la fuerza de la recomendación de seguir el orden establecido por las guías nacionales e internacionales, dado que la contaminación cruzada sería prácticamente un hecho anecdótico con los dispositivos de extracción utilizados en la actualidad (cerrados casi en su totalidad) (3,5-7). Brevemente, se diferencian dos tipos de sistemas de extracción: dispositivos abiertos y cerrados.

A diferencia de los dispositivos abiertos, los cerrados permiten extraer la sangre directamente a los tubos, sin que entre en contacto con el medio o los profesionales sanitarios. El mejor ejemplo son las agujas mariposa luer-lock (coloquialmente conocidas como “palomillas”) por su fácil utilización y seguridad.

2 Objetivos

Analizar las recomendaciones respecto al orden de llenado establecido de los tubos de muestras en una extracción sanguínea.

Mostrar la importancia del trabajo de enfermería para un buen diagnóstico gracias al llenado correcto.

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

Orden de llenado y contaminación:

Las recomendaciones internacionales (CLSI y OMS) están basadas en la investigación desarrollada por Calam y Cooper en 1982. En este estudio, el orden incorrecto de llenado de los tubos origina hiperpotasemia e hipocalcemia, dos marcadores de contaminación por EDTA. Por otra parte, la contaminación cruzada se dio únicamente en las venopunciones difíciles y no pudo ser replicada en condiciones ideales (1). A partir de entonces, el orden incorrecto de llenado y su efecto en algunos parámetros bioquímicos y de coagulación fueron ampliamente estudiados. Por un lado, en los estudios que utilizan sistemas de extracción cerrados, no se producen alteraciones significativas de los marcadores analizados independientemente del orden de recogida de las muestras. Asimismo, la conclusión común es que la contaminación cruzada solo se produciría en extracciones complicadas, cuando sería más frecuente el uso de jeringa y aguja (3,5-7).

La contaminación por EDTA es la más conocida e incluso se ha determinado cuánta cantidad de este anticoagulante sería suficiente para alterar algunos parámetros analíticos. Los resultados de los estudios *in vitro* revelan que tan solo sería necesario el volumen de una microgota de EDTA para que se produjese un cambio significativo en ciertos parámetros bioquímicos (1). Además, se mostró que la contaminación por EDTA es más común de lo que se creía inicialmente y no siempre es posible de identificar (1). En este caso, parece que la con-

taminación también dependería del sistema de extracción utilizado, debiéndose principalmente al uso de dispositivos abiertos. Sin embargo, en un estudio muy reciente se observó una clara influencia del orden de llenado en los valores de potasio obtenidos, aunque estas alteraciones no se debieron a la contaminación por EDTA.

Al igual que ocurre con el EDTA, el riesgo de contaminación con citrato de sodio y/o heparina de litio es prácticamente inexistente si se utilizan sistemas de extracción cerrados, independientemente del orden de llenado que se siga.

Cuando el tubo de citrato de sodio (marcadores y pruebas de coagulación) es el primero en recogerse, se recomienda utilizar otro tubo para descartar el aire de la conexión de plástico flexible en determinados sistemas de extracción abiertos. Así, se evita el efecto de la tromboplastina cutánea y se garantiza la correcta proporción de sangre y anticoagulante (4). Orden de llenado, organismos y profesionales: Por otro lado, en cada centro de trabajo u hospital existen protocolos relacionados con el orden de llenado, aunque estas normas no siempre son adoptadas por los profesionales sanitarios. Esto se debe probablemente a que las circunstancias de las extracciones no son siempre ideales, pero también al desconocimiento de las recomendaciones por parte del personal (8,9).

La Federación Europea de Química Clínica y Medicina de Laboratorio (EFLM) y la Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica (COLABIOCLI) recomienda seguir las instrucciones del fabricante y/o los protocolos del laboratorio en relación con el orden de llenado. Cuando esto no es posible, el orden establecido por la EFLM-COLABIOCLI es muy similar al del CLSI y la OMS, y, es el siguiente (10,11): 1. Frascos de hemocultivos o tubos sin aditivos. 2. Tubos de citrato. 3. Tubos con o sin activadores de coágulo, o tubos con o sin gel separador. 4. Tubos con heparina. 5. Tubos con kEDTA. 6. Tubos con inhibidor de la glicolisis.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, el orden de llenado es un tema controvertido y los resultados de las investigaciones así lo demuestran. Aunque se debe tener en cuenta que la mayoría de los estudios utilizan dispositivos y métodos de extracción diferentes.

Respecto a la contaminación cruzada, los estudios *in vitro* e *in vivo* coinciden en que esta es prácticamente inexistente cuando se utilizan sistemas de extracción cerrados y los profesionales sanitarios se adhieren a las normas del CLSI y la 217 OMS.

Por tanto, sería esperable que la contaminación y las alteraciones de los parámetros estuvieran más relacionados con la dificultad, el material y/o la técnica utilizada en la extracción que con el orden de llenado de los tubos de muestras. No obstante, parece que el orden de llenado puede influir en los resultados de los análisis.

Con todo, los autores y los organismos nacionales e internacionales recomiendan seguir el orden de llenado, dado que no todas las extracciones se pueden realizar en circunstancias ideales, incrementándose la probabilidad de contaminación

En conclusión, pese a que la evidencia es contradictoria, el orden de llenado establecido por los organismos internacionales continúa siendo muy recomendable, pues las condiciones de venopunción no son siempre idóneas y se ha mostrado que el orden podría influir en los resultados.

6 Bibliografía

1. Cornes M, van Dongen-Lases E, Grankvist K, Ibarz M, Kristensen G, Lippi G, et al. Order of blood draw: Opinion Paper by the European Federation for Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (EFLM) Working Group for the Preanalytical Phase (WG-PRE). *Clin Chem Lab Med CCLM*. 1 de enero de 2017;55(1):27-31.
2. Skarparis K, Ford C. Venepuncture in adults. *Br J Nurs*. 13 de diciembre de 2018;27(22):1312-5.
3. Bazzano G, Galazzi A, Giusti GD, Panigada M, Laquintana D. The Order of Draw during Blood Collection: A Systematic Literature Review. *Int J Environ Res Public Health*. enero de 2021;18(4):1568.
4. Jacobsen KK, Brandt I, Christensen AV, Rimsø BA, Krøier CJ, Sørensen M, et al. Order of draw practices in venous blood sampling at clinical biochemistry departments in the Danish health care system. *Clin Biochem*. junio de 2018;56:113-6.
5. Asif U, Whitehead SJ, Ford C, Gama R. Preanalytical potassium EDTA sample contamination: open versus closed phlebotomy systems. *Ann Clin Biochem Int J Lab Med*. noviembre de 2019;56(6):711-4.
6. Keppel MH, Auer S, Lippi G, von Meyer A, Cornes M, Felder TK, et al. Heparin and citrate additive carryover during blood collection. *Clin Chem Lab Med 218 CCLM*. 26 de noviembre de 2019;57(12):1888-96.
7. Ercan Ş, Ramadan B, Gerenli O. Order of draw of blood samples affect potassium results without K-EDTA contamination during routine workflow. *Biochem Medica*. 15 de junio de 2021;31(2):267-75.

Capítulo 21

PACIENTES EN PRONO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y LA FUNCION DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

GONZALO MARTINEZ MARTINEZ

RAMIRO JOSÉ SÁNCHEZ CALVO

JAVIER ESTEBARANZ GOMEZ

JUAN PÉREZ-OLIVARES GARCÍA

DANIEL LOPEZ REY FORTUNA

1 Introducción

La posición prona es una técnica no invasiva utilizada en las unidades de cuidados intensivos para tratar el SDRA (síndrome de dificultad respiratoria aguda), es decir, la función pulmonar y estructural aguda y grave. secundario al daño inflamatorio de las membranas alveolares y edema pulmonar, que es causado por el aumento de la permeabilidad capilar pulmonar. Esta posición contribuye a aumentar la eficiencia funcional de los pulmones, lo que mejora la redistribución de la perfusión, la evacuación y la movilidad de las secreciones y, como resultado, mejora la ventilación. Esta no es una técnica sencilla, ya que en algunos casos es difícil de realizar (p. ej., en pacientes obesos, con fijadores externos, en

mujeres embarazadas). Diversos estudios confirman la mejora de la oxigenación por esta técnica, pero ninguna mortalidad, lo que no ha sido probado hasta la fecha. Esta es una técnica segura, aunque debe ser registrada durante las maniobras. La atención al paciente juega un papel importante en la prevención de complicaciones.

En la década de 1970, esta técnica se descubrió en un estudio de varios pacientes con insuficiencia respiratoria, en los que se observó que la pronación mejoraba la oxigenación. Actualmente, la terapia postural es un procedimiento cada vez más utilizado en las unidades de cuidados intensivos.

2 Objetivos

Describir la técnica de decúbito prono para poder ofrecer cuidados con la máxima calidad para el paciente y asegurar la seguridad de la asistencia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente 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

Este tratamiento está especialmente dirigido a pacientes con el Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA).

Para la realización de esta técnica se necesita de uno o dos enfermeras, uno o dos auxiliares, dos celadores y un médico que esté presente en la unidad por si surgieran complicaciones. Se necesitará del siguiente material: sábanas, tres almohadas, empapadores, un rodete para la protección de la cara, alargaderas para un buen manejo de las vías y electrodos.

Para realizar el decúbito prono, el paciente debe estar sedoanalgesiado y relajado según prescripción médica. Se debe suspender, si el paciente estuviera con ella, la nutrición enteral, al menos una hora antes. Antes del procedimiento, comprobaremos heridas quirúrgicas, drenajes, catéteres, sondas y lo más importante, la

correcta posición y sujeción del tubo endotraqueal comprobando la presión del neumotaponamiento.

Cuando vamos a iniciar la técnica, debemos colocar los brazos del paciente junto al cuerpo con las palmas de la mano hacia arriba. A continuación colocaremos las almohadas a la altura de la escápula, pelvis y tibias. Una vez puestas colocamos la sábana.

El personal necesario para la realización del prono, se coloca a ambos lados de la cama, sujetado ambas sábanas y enrollándolas hasta que queden bien pegadas al paciente. Muy importante, que esté en la cabecera de la cama, un enfermero/médico, que es el que va a controlar y sujetar el tubo endotraqueal para evitar una extubación y va a ser el que va a ir dando los pasos para dirigir la técnica a realizar.

Colocado el personal a ambos lados de la cama, comenzamos desplazando al paciente hacia el lado contrario que queremos girarlo. En el segundo movimiento, colocamos al paciente en decúbito lateral, elevando el lado más próximo al borde de la cama. Tras este movimiento, los que tienen las sábanas sujetas por debajo, pasan a sujetar las de arriba y viceversa, sin soltar la sábana (confirmando que el compañero tiene sujeta para poder cambiar mano y luego viceversa), acompañamos al paciente en el giro. Lo centraremos en la cama y comprobaremos su correcta alineación corporal.

Luego colocaremos los brazos, uno hacia arriba con rotación externa (para evitar lesiones) y el otro para abajo con rotación interna, así como la cabeza. En estos pacientes han de realizarse los cambios de brazos cada 2/3 h (posición de nadador) y de cabeza (siempre con un rodete en forma de U, para así liberar presión de la cara y dejar libre TOT y sonda).

Debemos de hidratar bien zonas de presión con ácidos grasos hiperoxigenados. El paciente no debe permanecer en decúbito prono no menos de 16 h y hasta 24 h o más (esto ya dependerá de la decisión del médico).

5 Discusión-Conclusión

Una adecuada formación y conocimiento por parte del personal sanitario durante el proceso de la técnica de prono, nos ayuda a que los pacientes afectados por SDRA, mejoren su capacidad pulmonar y con esto conseguiremos evitar una mayor morbilidad, así como una larga estancia hospitalaria.

Es muy importante, que todo el personal sanitario de unidades de cuidados críticos, tenga conocimientos básicos de esta técnica, porque así en una situación crítica, nos evitaría muchas complicaciones. Elaborando un protocolo de ac-

tuación de la técnica, conseguimos un plan de cuidados para estos pacientes, y así conseguimos una herramienta de trabajo del personal de unidades de críticos con el fin de aumentar la seguridad en la maniobra y disminuir las complicaciones.

6 Bibliografía

1. Campello-Vicente C, Vidal-Baños A, Del Saz-Caja M.^a I, Tomás-Robles A, Villaescusa-Carrillo M.^a C. La terapia decúbito prono desde la perspectiva de la enfermería en uci: una revisión integrativa. Revista Científica de Enfermería. Mayo;10: 1-16
2. Serrano JA, López N, Cazorla P, López AM, Payán A, Lao FJ. Ventilación en decúbito prono.
3. Bonet Procuras R, Moliné Pallarés A. Protocolo de colocación de paciente con síndrome de Distrés Respiratorio Agudo en decúbito prono. NURE inv.(Revista en internet) 2009 May-Jun.
4. Bengoechea Ibarrondo MB. Posición del prono en el síndrome de distrés respiratorio en adultos: artículo de revisión. Enferm Intensiva 2008;19(2):86-9

Capítulo 22

RCP ANTE EL BEBE RECIÉN NACIDO POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

GONZALO MARTINEZ MARTINEZ

RAMIRO JOSÉ SÁNCHEZ CALVO

JAVIER ESTEBARANZ GOMEZ

JUAN PÉREZ-OLIVARES GARCÍA

DANIEL LOPEZ REY FORTUNA

1 Introducción

La reanimación intrauterina es sencilla de efectuar y puede dar como resultado una mejoría significativa en la condición del nonato internamente del útero materno.

La reversión tanto de la hipoxia, así como de la acidosis fetal consiente que el trabajo de parto pueda continuar de una manera segura o al menos lograr optimizar el bienestar fetal hasta el instante en que se pueda llevar a término una extracción fetal urgente.

En el suceso en que no se corrigiese, podría dar como resultado una descompensación fetal que conduciría de modo irremisible a una lesión hipóxica.

El suministro de oxígeno al nonato depende directamente del abastecimiento de oxígeno uterino (hemoglobina materna, saturación del oxígeno y presión de percusión), de la circulación desde el útero a placenta (actividad uterina y tamaño

de los depósitos placentarios), de la transferencia del oxígeno al nonato (compresión de cordón o prolapso de cordón) y de la circulación fetal (exponencial concentración de hemoglobina fetal, gasto cardíaco embrionario altamente dependiente de la frecuencia cardíaca fetal) por lo que cualquier modificación o alteración en esta cadena podría asumir consecuencias fatales.

Sufrimiento fetal es un término esgrimido para describir nuestra preocupación con relación a la traza del registro cardiotocográfico. Es por ello que los profesionales enfermeros deberíamos de manejar en su lugar el término "sospecha de compromiso fetal" por ser su interpretación tan subjetiva y variable.

2 Objetivos

- Conocer los pasos a seguir y la gestión conveniente ante la sospecha de riesgo de pérdida de bienestar fetal.
- Conocer las consecuencias de la gestión e intervención inconveniente antes situaciones de este calibre.

3 Metodología

Se han realizado investigaciones principalmente para el desarrollo de este capítulo. incluye una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática de libros y revisión de artículos. en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

La administración y aporte de oxígeno a alto flujo mediante y a través de una mascarilla incrementará la saturación de oxígeno materno y la presión parcial de oxígeno, dando como resultado un aumento de la oxigenación fetal. Sin embargo, esto solo se encomienda en embarazadas con un nivel reducido de saturación de oxígeno, por ejemplo ante un paro cardíaco materno o una hipovolemia secundaria debida a un desprendimiento de placenta, ya que la administración y aportación rutinaria de oxígeno puede ser inclusive perjudicial en consecuencia a la vasoconstricción del lecho placentario secundario a un acrecentamiento de la tensión de oxígeno especialmente en un nonato con crecimiento intrauterino restringido.

Por otro lado, la infusión intravenosa rápida de un litro de suero (a menos que posea una contraindicación como logra ser una preeclampsia) incluso si la mujer no está hipovolémica mejorará el retorno venoso y el gasto cardíaco y, por lo tanto, el flujo sanguíneo uterino. Asimismo, la infusión de líquidos igualmente ayuda a diluir la oxitocina en sucesos de hiperestimulación uterina.

Un cambio en la posición materna, por ejemplo, en decúbito lateral izquierdo, puede así lograr aliviar la compresión aorta-cava y con ello el originado gasto cardíaco. Por otro lado, en el suceso de infusión oxitócica, habría que llevar a cabo una interrupción de esta y considerar la administración de tocolíticos en el suceso de que haya seguridad de hiperestimulación. Esto mejorará la perfusión útero-placentaria y sujetará la compresión del cordón mediante de la relajación uterina.

De modo análogo, si se administran prostaglandina para estimular el trabajo de parto, se deben eliminar de inmediato y se deben disponer tocolíticos si no hay mejoría adicional en el trazo del registro.

En el suceso en que se ocasione una hipotensión materna secundaria a un colapso materno, podría considerarse el manejo de vasopresores para así, restaurar el gasto cardíaco y la tensión arterial materna.

La combinación de varias de estas intervenciones podría ser de mayor beneficio. Por último, señalar la importancia de la reevaluación continua del RCTG, sobre todo ulterior de cada intervención, con el fin de objetivar una mejoría.

5 Discusión-Conclusión

Es importante y significativo que todo el personal de paritorio esté entrenado y conozca estas sencillas maniobras como parte del manejo conveniente ante una sospecha de pérdida de bienestar fetal, con el fin de dar una solución rápida a la incidencia.

Las consecuencias de una mala gestión e intervención podrían traducirse en un empeoramiento del estrés hipóxico intraparto, lo que podría dar como resultado una encefalopatía hipóxico-isquémica e incluso muerte perinatal.

La hiperestimulación uterina, que suele ser una causa corregible de pérdida de bienestar fetal, se traduce en muchas ocasiones en intervenciones quirúrgicas innecesarias de supuestas anomalías en el trazado del registro cardiotocográfico.

6 Bibliografía

1. National Institute for Health and Clinical Excellence (2014) Intrapartum Care

CG190. london: RCOG Press.

2. Tram, TS, kulier, R, Hofmeyr, GJ. (2012) Acute tocolysis for uterine tachysystole os suspected fetal distress. Cochrane Database of Systematic Reviews 4.

3. Thurlow, JA, SM (2002) Intrauterine resuscitation: active management of fetal distress. international Journal of Obstetric Anaesthesia 11, 105-116.

4. Domínguez Dieppa Fernando. Actualización en reanimación neonatal. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2016 Sep [citado 2022 Sep 14] ; 88(3): 388-

394. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312016000300012&lng=es)

[75312016000300012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312016000300012&lng=es).

5. Montesinos-Ramírez Claudia, Pinacho-Velázquez José Luis, Torres-Lira Silvia F,

Robledo-Galván Alicia Elizabeth, Barrera-Martínez Pedro Iván, QuirozMendieta Eva Karina et al . Programa de reanimación neonatal: recomendaciones actuales.

Rev. mex. pediatr. [revista en la Internet]. 2021 Oct [citado 2022 Sep 14]

; 88(5): 209-213. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0035-00522021000500209&lng=es.

Epub 08-Ago-2022. <https://doi.org/10.35366/103903>

Capítulo 23

CARDIOVERSIÓN EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

MARÍA DEL CARMEN MERO YÉBENES

MARTA JIMÉNEZ DE LOS GALANES ALCÁZAR

VICTOR JOSE SANCHEZ GIMENEZ

ANDREA MARIA VALDEPEÑAS LAGUNA

MÓNICA BALLESTEROS TOLEDO

1 Introducción

La cardioversión es un tipo de terapia utilizada en pacientes que tienen ritmo anormal del corazón con la cual se intenta revertir a ritmo sinusal. En los años 50 se llevó a cabo la primera cardioversión realizada a un paciente con fibrilación auricular, posteriormente en 1962 se mejoró la técnica disminuyendo los daños colaterales.

Esta técnica está indicada en aquellas arritmias supraventriculares que los médicos consideren que es posible revertir. La más común es la fibrilación auricular (FA) en la cual la aurícula funciona de forma desorganizada y rápida mientras que los ventrículos llevan un ritmo sinusal, por tanto, vamos a la hora de pasar la sangre de aurícula a ventrículo parte de ella se va a quedar acumulada en la aurícula (van descoordinados y la aurícula no se contrae del todo) pasando menos cantidad de sangre al ventrículo. Además, la sangre que se acumula puede coagularse y producir un trombo.

Este tipo de arritmia tiene una prevalencia del 1-2 % en la población española, está muy asociado a la longevidad de la población y a otros factores como hipercolesterolemia e hipertensión.

Existen otras arritmias en las que se utiliza la técnica que, según define la Fundación Española del Corazón son:

El flutter auricular que se define como un trastorno del ritmo cardíaco caracterizado por una frecuencia regular y en torno a los 150 latidos por minuto. Al igual que la FA puede producir trombos, ya que se produce una reentrada de sangre en la aurícula.

Las taquicardias paroxísticas supraventriculares que son aquellas taquicardias de inicio y final brusco. Se caracterizan por complejos QRS muy estrechos. Presentan síntomas como palpitaciones, mareo, dolor de pecho, sensación de falta de aire y malestar general.

Por último se utiliza también en un tipo de arritmia ventricular que es la taquicardia ventricular, la cual consiste en la sucesión de impulsos ventriculares a una frecuencia de más de 100 latidos por minuto y que dura más de 30 segundos.

Por otro lado, existen algunos tipos de arritmias en las cuales la cardioversión no sería efectiva, como por ejemplo la FA de más de dos años de evolución, puesto que ya es una arritmia crónica y no reversible. La FA que haya vuelto a aparecer repetidas veces tras realizar este tratamiento, tampoco va a poder revertirse mediante la cardioversión, tampoco las taquicardias auriculares de inicio y fin espontáneo sin riesgo hemodinámico, ni la fibrilación auricular lenta.

A la hora de llevar a cabo la técnica puede realizarse de dos formas: farmacológica (CVF) y eléctrica (CVE).

El primer tipo consiste en administrar medicamentos para revertir la arritmia.

Este tipo se utiliza en aquellos casos que no son de urgencia, es decir, en los que el paciente está más estable y no precisa actuar de inmediato. Si es posible, siempre se intentará primero revertir el ritmo con la cardioversión farmacológica, ya que tiene menos riesgo.

2 Objetivos

- Conocer cómo se realiza la técnica en el ámbito de urgencias y el tipo de material utilizado.
- Conocer las complicaciones para intentar solucionarlas o impedir que se produzcan.

3 Metodología

Realizamos una revisión bibliográfica para la cual buscamos artículos en diferentes bases de datos como Cuiden, en revistas académicas como Elsevier o Enfermería Integral y en otros buscadores como Google Académico.

Para acotar a búsqueda utilizamos una serie de criterios de inclusión, los cuales fueron:

- Artículos científicos que tratasen sobre la cardioversión.
- Artículos en Español.
- Artículos publicados en los últimos 10 años.

También utilizamos una serie de criterios de exclusión que fueron:

- Artículos que no mostrasen el texto completo.
- Artículos de páginas de pago.

4 Resultados

En el caso de urgencias se va utilizar este tipo de terapia de forma urgente y sin ser programada como se realiza en otros servicios como unidad de cuidados intensivos (UCI).

A la hora de llegar un paciente sospechoso (manifiesta, dolor en el pecho, malestar general, palpitaciones, etc.) lo pasaremos a un box para tomar constantes (TA, Tª, SpO2, FC), realizaremos un electrocardiograma de 12 derivaciones y analizaremos una vía de la cual sacaremos una analítica completa (hemograma, coagulación y bioquímica) es importante obtener una buena muestra de coagulación, puesto que en el caso de realizar cardioversión es conveniente tener un factor de coagulación (INR) entre 2 y 3.

Tras los resultados, si observamos en el ECG alguna de las arritmias antes nombradas, valoraremos el estado hemodinámico del paciente para comprobar si está estable o no. Si el paciente presenta hipotensión, palidez, sudoración, dolor torácico, signos de descenso de la conciencia, significa que está en riesgo hemodinámico. En este caso se realizará directamente la cardioversión eléctrica.

Si por el contrario, el paciente no presenta riesgo hemodinámico el médico le realizará maniobras vagales al paciente para intentar reducir la frecuencia cardíaca, estas maniobras consisten en comprimir las arterias carótidas, los globos oculares e indicarle al paciente que haga fuerza con el vientre. Si no son efectivas se pasará al paciente a un box en el que se le monitorizará y se le explicará el proceso resolviendo todas sus dudas. A continuación se administrarán los fármacos y se

controlará las constantes del paciente para ver si el tratamiento ha sido efectivo o no.

Por último, en el caso de que no sea efectivo y, como vimos anteriormente, ante riesgo hemodinámico se realizará la cardioversión eléctrica. Se volverá a explicar al paciente todo el proceso como anteriormente. Se administrará oxígeno al paciente durante 5 minutos aproximadamente. A continuación se preparará la medicación y se administrará. La medicación consiste en sedantes: propofol o midazolam (dormicum) y analgésicos fuertes como morfina o fentanest, la dosis la pautará el facultativo.

Se aplicará el gel conductor en las palas y se colocarán en posición anterolateral (una a la altura del pectoral derecho y otra por debajo del pectoral izquierdo) o, en el caso de poner adhesivos, se podría colocar en posición anteroposterior (pectoral izquierdo y espalda).

Encenderemos el desfibrilador y lo pondremos en la opción sincronizada, de esta manera aunque se disparen las palas en otro momento, la descarga siempre caerá fuera de la onda T.

Se comprobará que el paciente está dormido, se cargará el desfibrilador a los KJ que corresponda y se administrará la primera descarga, asegurándose de que nadie está en contacto con la cama, paciente o entorno para no transmitirle la corriente. A continuación se evaluará el ritmo del paciente para ver si la descarga fue efectiva, en el caso contrario se volverá aplicar otra descarga aumentando la carga hasta en tres ocasiones.

Tras la cardioversión se volverá a oxigenar al paciente hasta que este sea capaz de respirar de forma autónoma y eficiente. Se seguirán controlando sus constantes. Volveremos a hacer un electrocardiograma para ver los resultados. Tendremos que observar la zona en la que se colocaron las palas, pues es habitual que se produzcan heridas o quemaduras, si fuese el caso procederemos a curarlas. El médico decidirá la hora del alta y tras dicha decisión se quitará la vía, la oxigenoterapia, la monitorización, etc.

Cabe decir que en todo momento tendremos el material necesario a mano para resolver cualquier complicación posible. Dicho material consiste en:

- Monitor de constantes con todo su material (manguito para TA, pulsioxímetro, pegatinas, etc.).
- Carro de electrocardiograma.
- Desfibrilador y su material (gel conductor, palas, etc.).
- Material de oxigenoterapia (gafas nasales, mascarilla, toma de oxígeno, alargadera, etc.).
- Material para canalizar una vía y sacar analítica (tubos de analítica, aguja, alco-

hol, gasas, compresor, etc.).

- Fármacos (sedantes y analgésicos nombrados anteriormente).
- Carro de paradas.
- Carro de intubación.

En los artículos también se hablaba de las posibles complicaciones de la técnica, estas son:

- Tromboembolismo debido a la acumulación de sangre en las aurículas en determinadas arritmias. Esa sangre puede coagularse creando un trombo y, al recuperar el ritmo normal del corazón, salir del corazón hacia el resto del cuerpo.
- Quemaduras en la piel producidas por una mala técnica a la hora de dar la descarga eléctrica.
- Fibrilación Ventricular que puede producirse si la descarga cae fuera del segmento QRS. Para evitarlo, los desfibriladores presentan una opción de sincronizado como explicamos anteriormente.
- Complicaciones por la sedación como puede ser hipotensión, apnea, reacción adversa, etc.
- Fracaso de la técnica 4. La técnica se intentará en tres ocasiones, es decir aplicaremos tres descargas aumentando la intensidad, si tras esto el paciente no revierte a ritmo sinusal podremos decir que la terapia ha fracasado. No es muy usual, ya que en el 67 %-94 % de los casos el paciente si logra revertir.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión podemos decir que el trabajo enfermero toma un papel muy importante en dicha técnica, ya que no solo nos encargamos de recibir al paciente y realizar todas las técnicas como por ejemplo canalizar una vía o hacerle un electro, sino que somos quienes avisamos al médico de que los resultados del ECG están alterados.

También es nuestra función preparar todo el material necesario para la técnica, el personal de Enfermería administra la medicación en la CVF y preparará el desfibrilador, seleccionando la carga y aplicando el gel, en la CVE; Ocupándose también de tener el carro de paradas y el de intubación preparado y cerca por si surgiera una complicación.

6 Bibliografía

1. Ramos, L. Plan de cuidados estandarizado a pacientes tratados con cardioversión eléctrica externa electiva. Santander. Junio 2014.

Capítulo 24

IMPORTANCIA DE LA ASPIRACIÓN DE SECRECIONES AL PACIENTE INTUBADO

MARÍA DEL CARMEN MERO YÉBENES

MARTA JIMÉNEZ DE LOS GALANES ALCÁZAR

VICTOR JOSE SANCHEZ GIMENEZ

ANDREA MARIA VALDEPEÑAS LAGUNA

MÓNICA BALLESTEROS TOLEDO

1 Introducción

La aspiración de secreciones de la vía aérea en un paciente que se encuentra con ventilación mecánica invasiva tiene como objetivo principal la eliminación de estas mediante su extracción, de este modo se trata de prevenir la aparición de infecciones respiratorias secundarias a la acumulación de secreciones (1).

Las técnicas de aspiración de secreciones pueden realizarse siguiendo tres procedimientos, los cuales son la aspiración endotraqueal, la aspiración nasotraqueal y la aspiración a través de la traqueostomía (2).

Existen varios tipos de aspiración, según el área anatómica a aspirar (1):

- Aspiración orofaríngea y nasofaríngea: Consistente en la eliminación de secreciones de la boca, nariz y faringe mediante la aspiración de las mismas.

- Aspiración traqueal a través del tubo endotraqueal o cánula de traqueostomía: Consiste en la eliminación de secreciones mediante su aspiración a través de una vía aérea artificial, como puede ser el tubo endotraqueal o la cánula de traqueostomía.

Este tipo de aspiración puede ser abierta o cerrada, la abierta se produce cuando se realiza la técnica mediante la desconexión del circuito del respirador, para ello se utilizan sondas de aspiración de un solo uso, la aspiración cerrada es la que se produce en pacientes sometidos a ventilación mecánica, y que no precisan desconexión del circuito del respirador para aspirarle las secreciones.

La aspiración cerrada, además facilita la ventilación mecánica y mantiene de forma continua la oxigenación del paciente durante el proceso de aspiración, evitando el desreclutamiento o pérdida de presión positiva. En este último caso se utilizan sondas de aspiración de múltiples usos.

- Aspiración subglótica: Este tipo de aspiración de secreciones consiste en extraer las que se están acumulando en el espacio subglótico a través de un orificio situado por encima del balón de neumotaponamiento del tubo endotraqueal.

El principal objetivo de este tipo de aspiración es la de reducir la cantidad de secreciones que pueden filtrarse entre el balón y las paredes traqueales, ya que este es el principal mecanismo patológico de la neumonía como consecuencia del uso de la ventilación mecánica invasiva.

2 Objetivos

Reflejar los aspectos básicos y la importancia de realizar la aspiración de secreciones a un paciente que se encuentra intubado.

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

Es importante tener en cuenta las precauciones que hay que tomar a la hora de realizar los procedimientos que implican la aspiración de secreciones de la vía aérea (1):

- Aspirar exclusivamente cuando sea necesario, nunca de forma rutinaria.
- Aspirar a personas conscientes puede provocar náuseas e inducir el vómito, favoreciendo la broncoaspiración.
- La aspiración de secreciones produce un aumento de la presión intracraneal, por lo que será preciso realizar una valoración previa del estado general del paciente para asegurar que esta técnica puede ser realizada en condiciones de seguridad.
- La aspiración puede provocar bradicardia e hipotensión arterial por estimulación vagal.
- En pacientes que presentan ventilación mecánica, pueden desarrollar sintomatología como la tos excesiva, disminución del volumen/minuto, aumento de la presión pico, desadaptación del enfermo a la ventilación mecánica, reducción de la saturación de O₂ o presencia de secreciones residuales en el tubo endotraqueal.
- En el caso de que el paciente presente edema laríngeo, obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño o broncoespasmo, la aspiración estará contraindicada.
- Siempre habrá que tener especial cuidado con los pacientes que presentan problemas en la coagulación.

Aun cuando existan muchas contraindicaciones, hay muchas situaciones en las que, al tener el paciente ventilación mecánica invasiva, será imprescindible aspirar las secreciones de la vía aérea, puesto que la decisión de no aspirar puede tener consecuencias fatales en el paciente (1).

En todos los casos el procedimiento se ha de realizar de forma estéril y utilizando el siempre el material básico constituido por guantes estériles, paños estériles, sondas estériles de aspiración intermitente, tubos conectores de la sonda al aspirador, tomas de aspiración central o aspiradores portátiles según donde se realice la misma, Ambú conectado a la toma de oxígeno, suero fisiológico estéril, jeringas, gasas estériles y lubricante hidrosoluble (2).

A la hora de realizar el procedimiento de aspiración de secreciones, habrá que explicárselo al paciente, siempre y cuando esté consciente, posicionar su cabecero a 45° si no hay contraindicaciones, preparar el campo estéril, así como la colocación de los guantes estériles (2).

Tras conectar la sonda al aspirador y comprobar su correcta permeabilidad con suero fisiológico, habrá que desconectar al paciente de la oxigenoterapia, oxigenar al paciente al 100% previo al inicio de la aspiración, tras lo cual se procederá

a introducir la sonda de forma suave a través del tubo endotraqueal, siempre sin aspirar al introducir la misma (2).

Una vez que se llega a la carina, se procede a aspirar, girando la sonda de forma continua y suave, sin realizar movimientos bruscos y tomando para ello menos de 15 segundos, tras lo cual hay que conectar nuevamente al paciente al equipo de oxigenoterapia, al menos durante 1 o 2 minutos previo a la realización de nuevas aspiraciones (2).

Tras realizar cada aspiración se lavará la sonda en la botella de suero fisiológico. Tras finalizar la aspiración de las secreciones, habrá que observar el ritmo, frecuencia, coloración de la piel y mucosas, así como la saturación de oxígeno del paciente, siempre reflejando esta información en la gráfica del mismo (2).

En el caso de realizar la aspiración nasotraqueal, la principal diferencia con el método general consiste en que la sonda se inserta a través del orificio nasal, siempre aprovechando las fases de inspiración para favorecer el progreso de la sonda, hasta que se obtenga resistencia durante la introducción, es en ese momento en el que se comienza a retirar la sonda con movimientos rotatorios mientras se realiza la aspiración (2).

Cuando la aspiración se realiza a través de la traqueostomía, la principal característica particular en comparación con el método general de aspiración es que habrá que introducir la sonda a través del estoma traqueal o a través de la cánula, siempre suavemente y sin forzar (2).

En este caso se podrá tener resistencia al principio de la introducción de la sonda, pero esto es debido a la curvatura de la cánula, por lo que es preciso proceder hasta llegar a la carina, que ofrece resistencia, siendo el resto del procedimiento exactamente igual que los anteriores (2).

Es importante indicar que para la elección del tamaño correcto del tubo de aspiración en traqueotomías existe una fórmula, la cual es (número de la cánula de traqueotomía - 2) x 2, el resultado será la talla del tubo de aspiración que debe ser utilizado (3).

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, es muy importante tener en cuenta que todos los procedimientos de aspiración de secreciones presentan variaciones si el paciente se encuentra bajo los efectos de la anestesia, o si por el contrario se encuentran alerta, en cuyo caso siempre será preciso explicar detenidamente el procedimiento al paciente. En caso de que el paciente esté despierto, habrá que instruirle y conocer la reacción espontánea que puede tener en cada momento durante la realización de la

técnica, al hacer esto se pueden evitar posibles complicaciones, además de favorecer la adaptación del paciente a la técnica, la cual ha de ser beneficiosa para el mismo sin causarle ningún problema a su situación basal ya complicada.

6 Bibliografía

1. Blázquez Villacastín C. Salud Madrid. 2013
2. Redondo Castán L.C. Anestesiología y reanimación práctica en imágenes. 2ª edición. Alcalá la Real (Jaén): Formación Alcalá; 2015.
3. Toribio Felipe R, Rodriguez López C, Barrón González I. Aspiración de secreciones en pacientes con tubo endotraqueal o cánula de traqueotomía. Area de salud de Plasencia. 2009

Capítulo 25

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE ENFERMERÍA DE LAS REGLAS DE PREDICCIÓN CLÍNICA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES

ANA ISABEL ALMENA FRANCO

MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA

ELENA MOROTE CUMPLIDO

JOSE ANTONIO SERNA DEL ALAMO

1 Introducción

Las reglas de predicción clínica (RPC) se definen como ayudas para la toma de decisiones clínicas basadas en la información extraída de la anamnesis, la exploración física y los resultados de las exploraciones complementarias. Las RPC en general establecen la probabilidad de un determinado diagnóstico. Para que las RPC sean útiles, deben de ser clínicamente importantes, tener validez, ser reproducibles y fáciles de usar, ser relevantes clínicamente y sugerir un curso de acción. Un ejemplo típico de RPC que sugiere un curso de acción es la regla de Ottawa para la detección de una fractura de tobillo ante un traumatismo del pie: establece, tras la realización de una exploración de la zona, la necesidad de realizar o no

una radiografía del pie (Stiell, 1993). El número de publicaciones de RPC se ha incrementado notablemente en los últimos años.

El medio sanitario en el que con más frecuencia se establece la necesidad de utilizar una RPC es en Urgencias. La razón principal reside en que con relativa frecuencia en Urgencias hay que descartar o establecer una mínima probabilidad de una patología con el objetivo de remitir al paciente a su domicilio o médico de cabecera o por el contrario solicitar nuevas pruebas o indicar su ingreso hospitalario.

2 Objetivos

Recuperar en las bases bibliográficas internacionales (PubMed, EMBASE, CINAHL) las reglas de predicción clínica publicadas en la actualidad sobre atención a patologías urgentes.

3 Metodología

Realización de las búsquedas bibliográficas.

Se buscaron reglas de predicción clínica en diferentes bases de bibliográficas.

- PubMed: permite el acceso a MEDLINE
- EMBASE.
- CINAHL : base bibliográfica de enfermería
- Otras fuentes de información : Essential Evidence Plus (base que recoge múltiples reglas de decisión clínica en las que se ha evaluado previamente su calidad): disponible en <http://www.essentialevidenceplus.com/>

Estrategias de búsqueda: utilizamos los filtros desarrollados por el grupo de Haynes (predict*[tiab] OR predictive value of tests[mh] OR scor*[tiab] OR observ*[tiab] OR observer variation[mh]) a los que se añadieron los términos relacionados con las patologías urgentes.

4 Resultados

El número de publicaciones de RPC se ha incrementado notablemente en los últimos años. El grupo de Haynes y colaboradores ha desarrollado algoritmos de búsqueda que facilitan su identificación en las principales bases bibliográficas, tanto en MEDLINE como, recientemente en EMBASE (Wong 2003). En PubMed se estimaría que al menos se recuperarían 400 documentos y en EMBASE 526

(utilizando las estrategias de búsqueda más específica o restrictiva desarrolladas por el grupo de Haynes) sobre reglas de predicción clínica en el ámbito de los servicios de urgencias.

A pesar de disponer de más RPC la calidad de los trabajos publicados no es la ideal y diversos informes muestran que un porcentaje importante de los estudios tiene sesgos en su realización (Laupacis, 1997).

Se identificaron y seleccionaron 18 RPC para diferentes patologías atendidas en Urgencias con sus diferentes signos, síntomas y pruebas complementarias:

- Infarto agudo de miocardio (Goldman L, 1988)
- Trombosis venosa profunda (Wells PS, 2001)
- Hemorragia digestiva alta (Blatchford O, 2000)
- Tuberculosis respiratoria (Wisnivesky JP, 2005)
- Traumatismo en tobillo con dolor en zona (Stiell IG, 1993)
- Traumatismo en tobillo con dolor en medio del pie (Stiell IG, 1993)
- Traumatismo en rodilla (Stiell IG, 1996)
- Lumbalgia aguda (Jarvik JG, 2002)
- Traumatismo craneoencefálico infantil (Grewal M, 1991)
- Status epiléptico (Rossetti AO, 2006)
- Infección aguda del tracto urinario: cistitis (McIsaac WJ, 2007)
- Ataque de asma en niños (Chey T, 1999)
- Neumonía (Aujesky D, 2005)
- Quemaduras (Ryan CM, 1998)
- Apendicitis aguda (Goldman RD, 2008)
- Infección de una herida traumática (Lammers RL, 2003)
- Obstrucción intestinal (Bohner H, 1998)
- Fractura de cadera (Jiang HX, 2005)

Todas ellas tienen un alto nivel de evidencia (Ia o Ib) según la clasificación de Oxford.

5 Discusión-Conclusión

En este trabajo hemos podido identificar y seleccionar un número suficiente de reglas de predicción clínica aplicables a un servicio de Urgencias.

Pocos trabajos de investigación de urgencias están destinados a enfermería. Sí que hemos encontrado artículos en los cuales valoraban el sistema de triaje (Wollaston A, 2004) o la importancia de tener formación en Urgencias (Hohenhaus SM, 2008), pero no de las RPC que pueden ser recogidas por enfermería.

Existe un número suficiente de RPC de alta calidad de patologías atendidas en Urgencias en las que el personal de enfermería se siente capacitado para la recogida independiente de datos.

6 Bibliografía

1. Aujesky D., Auble T.E., Yealy D.M., et al (2005). Prospective comparison of three validated prediction rules for prognosis in community-acquired pneumonia. *Am J Med.* 118: 384-92.
2. Blatchford O., Murray W.R., Blatchford M. (2000). A risk score to predict need for treatment for upper gastrointestinal hemorrhage. *Lancet* .356: 1318-21.
3. Bohner H., Yang Q., Franke C., et al. (1998). Simple data from History and physical examination help to exclude bowel obstruction and to avoid radiographic studies in patients with acute abdominal pain. *Eur J Surg.* 164: 777-84.
4. Chey T., Jalaludin B., Hanson R., Leeder S. (1999). Validation of a predictive model for asthma admission in children: how accurate is it for predicting admissions? *J Clin Epidemiol.* 52: 1157-63.
5. Craig Blackmore, M.D. (2005). Clinical prediction rules in trauma imaging: Who, How, and Why?. *Radiology.* 235:371-374
6. Goldman R.D., Carter S., Stephens D., Antoon R., et al. (2008). Prospective validation of the pediatric appendicitis score. *J Pediatr.*153: 278-82.
7. Goldman L., Cook E.F., Brand D.A., et al (1988). A computer protocol to predict myocardial infarction in emergency department patients with chest pain. *N Engl J Med.*318: 797-803.
8. Grewal M., Sutcliffe A.J. (1991). Early prediction of outcome following head injury in children: an assessment of the value of Glasgow Coma Scale score trend and abnormal plantar and pupillary light reflexes. *J Ped Surg.* 26: 1161-3.
9. Hohenhaus, S.M., Travers, D., Mecham, N. (2008). Pediatric triage: a review of emergency education literature. *J Emerg Nurs;* 34(4): 308-13.
10. Jarvik J.G., Deyo R.A. (2002). Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. *Ann Intern Med.*137: 586-97.
11. Jiang H.X., Majumdar S.R., Dick D.A., et al. (2005). Development and initial validation of a risk score for predicting in-hospital and 1-year mortality in patients with hip fractures. *J Bone Miner Res.* 20: 494-500.
12. Lammers R.L., Hudson D.L., Seaman M.E. (2003). Prediction of traumatic wound infection with a neural network-derived decision model. *Am J Emerg Med.* 31: 1-7.

13. Laupacis, A., Sekar, N., Stiell, I.G. (1997). Clinical prediction rules. A review and suggested modifications of methodological standards. *JAMA*; 277(6): 488-94.
14. McIsaac W.J., Moineddin R., Ross S. (2007). Validation of a decision aid to assist physicians in reducing unnecessary antibiotic drug use for acute cystitis. *Arch Intern Med*. 167(20): 2201-6.
15. Rossetti A.O., Logroscino G., Bromfield E.B. (2006). A clinical score for prognosis of status epilepticus in adults. *Neurology*. 66: 1736-8.
16. Ryan C.M., Schoenfeld D.A., Thorpe W.P., et al. (1998). Objective estimates of the pretest probability of death from burn injuries. *N Engl J Med*. 338: 362-6.
17. Stiell, I.G., Greenberg, G.H., McKnight, R.D., et al (1993). Clinical prediction rules for the use of radiography in acute ankle injuries. Refinement and prospective validation. *JAMA*. 269:1127-32.
18. Stiell I.G., Greenberg G.H., Wells G.A., et al. (1996). Prospective validation of a clinical prediction rule for the use of radiography in acute knee injuries. *JAMA*. 275: 611-15.
19. Sue Hoyt, R.N., et al. (2010). Nurse practitioner Delphi study: competencies for practice in emergency care. *ENA NP Validation Work Team*. 36(5):439-449
20. Taboulet, P., et al. (2009). Triage with the French Emergency Nurses Classification in Hospital scale: reliability and validity. *European Journal of Emergency Medicine*. 16:61-67.
21. Wells P.S., Anderson D.R., Rodger M., et al (2003). Evaluation of d-dimer in the diagnosis of suspected deep vein thrombosis. *N Engl J Med*. 349: 1227-35. External validation in Miron M.J., et al (2000). *J Internal Med*. 247: 249-54 and Kearon *Ann Intern Med* (2001). 135: 108-11.
22. Wisnivesky J.P., Henschke C., Balentine J., et al (2005). Prospective validation of a prediction model for isolating inpatients with suspected pulmonary tuberculosis. *Arch Intern Med*. 165: 453-7.
23. Wong, S.S.L., Wilczynski, N.L., Haynes, R.B., Ramkissoonsingh, R. for the Hedges Team (2003). Developing optimal search strategies for detecting sound clinical prediction studies in MEDLINE. *Proc. AMIA. Annu. Symp.* 3; 728-32.
24. Wollaston, A., Fahey, P., McKay, M., Hegney, D., Miller, P., Wollaston J. (2004). Reliability and validity of the Toowoomba adult trauma triage tool: a Queensland, Australia study. *Accid Emerg Nurs*. 2004; 12(4): 230-7.

Capítulo 26

ENCUESTAS CONFECCIONADAS PARA ENFERMERÍA DE LAS REGLAS DE PREDICCIÓN CLÍNICA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA

MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES

ANA ISABEL ALMENA FRANCO

MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA

ELENA MOROTE CUMPLIDO

JOSE ANTONIO SERNA DEL ALAMO

1 Introducción

A diferencia de otros servicios en Urgencias es la enfermera de triaje el primer miembro del personal sanitario que establece contacto con el paciente, realiza una valoración identificando el problema y motivo de consulta del paciente, así como una breve historia (antecedentes y alergias conocidas) y valoración de los signos y síntomas que presenta el paciente; clasifica a los pacientes estableciendo la prioridad de atención de los mismos y los distribuye según niveles de gravedad por lo cual debe ser la mejor preparada para decidir en ese momento cual es el área del servicio de urgencias donde mejor atención se le prestará. Además, Urgencias es el único servicio en el que es preciso atender a un grupo numeroso

de personas con problemas de salud en situación crítica, de alto riesgo o en fase terminal en un espacio limitado de tiempo y recursos.

En Urgencias se ven diferentes patologías, las más atendidas son la contusión de un sitio no especificado, los dolores abdominales, otras gastroenteritis y colitis no infecciosas y no específicas. Así, las que mayor incertidumbre provoca al personal sanitario son reanimación cardiopulmonar (RCP), politraumatizados graves, quemados, dolor torácico con características isquémicas, disnea crítica, síncope y estados de agitación entre otras, las cuales requerirán un buen equipo multidisciplinar. Podríamos decir que las patologías con peor desenlace en caso de no ser bien atendidas en Urgencias son las patologías cardiovasculares y los politraumatizados graves. Estas son las causas de muerte principales en Urgencias.

2 Objetivos

- Seleccionar las reglas de predicción clínica (RPC) de mayor utilidad en un Servicio de urgencias hospitalario.
- Identificar la calidad metodológica de las RPC y seleccionar aquellas con un mayor grado de evidencia.

3 Metodología

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

4 Resultados

A continuación enumeramos cada RPC y el desglose de sus componentes, valorando por enfermería si es independiente (la enfermera puede recoger los datos sin necesidad de la concurrencia ni consulta con el médico), asistida (es necesario la concurrencia y/o consulta con un médico, tras formación (se podría adquirir la capacidad de obtener el dato tras una formación reglada), no procede (es una variable que no puede ser recogida o interpretada por la enfermera) y no valorables.

1. Infarto Agudo de Miocardio / Diagnóstico / Adultos

- Elevación ST u Ondas Q
- Inicio del dolor precordial hace más de 48 h
- Historia personal de IAM o angina de pecho
- Dolor irradia a cuello, hombro izdo o brazo izdo
- Cambios S-T de isquemia, no antiguos.

2. Trombosis venosa profunda/ Diagnóstico

- Neoplasia activa (en tratamiento actualmente o en los últimos 6 meses o paliativo)
- Inmovilización en cama >3 días reciente o cirugía mayor con anestesia general o regional en las últimas 12 semanas
- Sensibilidad a la palpación localizada a lo largo del sistema venoso profundo
- Hinchazón global de la pierna
- Aumento del diámetro de la pantorrilla afecta >3 cm, con respecto a la no sintomática (medido 10 cm por debajo de la protuberancia tibial).
- Edema con fóvea limitado a la pierna sintomática
- Episodio de TVP anterior
- El diagnóstico alternativo es tanto o más probable que el de TVP

3. Hemorragia Digestiva Alta / Necesidad de tratamiento

- Pulso $\geq$ 110 lpm
- Presentación como melena
- Presentación con síncope
- Enfermedad Hepática
- Insuficiencia cardíaca
- Sexo
- Nivel de Urea
- Nivel de hemoglobina
- Presión arterial sistólica

4. Tuberculosis / necesidad de instaurar aislamiento

- Síntomas o factores de riesgo de tbc
- Disnea
- Crepitantes a la auscultación

- Consolidación en lóbulo superior (Rx)

5. Traumatismo en tobillo con dolor en zona maleolar / Necesidad de radiografía para descartar fractura

- Dolor a la palpación de los 6 cm distales del borde posterior o punta del maléolo (lateral o medial)

- Incapacidad para mantener el peso (dar 4 pasos seguidos sin ayuda) inmediatamente tras el traumatismo y en urgencias

6. Traumatismo en tobillo con dolor en medio del pie / Necesidad de radiografía para descartar fractura

- Dolor a la palpación de la base del 5º metatarsiano

- Dolor a la palpación del hueso navicular

- Incapacidad para mantener el peso (dar 4 pasos seguidos sin ayuda) inmediatamente tras el traumatismo y en urgencias

7. Traumatismo en rodilla / Necesidad de radiografía

- 55 años o más

- Dolor aislado de rótula (Esto es, no dolor óseo en ningún lugar aparte de la rótula)

- Dolor en la cabeza del peroné.

- Imposibilidad para la flexión a 90 °

- Incapacidad para soportar el peso del cuerpo inmediatamente después del traumatismo y en el servicio de urgencias (4 pasos; imposibilidad de pasar el peso alternativamente al otro miembro en dos ocasiones sin importar que cojee)

8. Lumbalgia aguda / Necesidad de exploración de imagen

- Lumbalgia aislada

- Clínica de ciática

- Clínica de estenosis (dolor desaparece al sentarse)

- < 50 años

- No enfermedad sistémica

- No historia de cáncer

- No déficit neurológico

9. Traumatismo craneoencefálico infantil/Pronóstico

- Abre los ojos (espontáneamente, al hablarle, ante estímulo doloroso, en ningún caso)

- Respuesta verbal (orientado, confuso, palabras inapropiadas, ruidos, ninguna)

- Respuesta motora (obedece ordenes, localiza dolor, flexión , extensión, no respuesta)

10. Status epiléptico/pronóstico

- Conciencia (alerta, somnolencia, confuso)

- Tipo de convulsión (simple o parcial, generalizada)

- Edad >= 65 años

- Historia personal de convulsiones

11. Infección aguda del tracto urinario (cistitis) diagnóstico

- Síntomas de un solo día de duración

- Escozor o disconfort al orinar
- Leucocitos positivos en tira de orina
- Nitritos positivos en tira de orina
- 12. Ataque de asma en niños ≤ 16 años / Necesidad de ingreso hospitalario
- Edad ≤ 6 años
- Sexo masculino
- Severidad del asma entre intervalos de ataques agudos
- Sibilantes moderados/severos
- Necesidad de Oxigenoterapia
- Saturación de oxígeno tras oxigenoterapia
- 13. Neumonía / Pronóstico
- Presión arterial diastólico < 60 mmHg ó Presión arterial sistólica < 90 mmHg
- Presencia de confusión
- Frecuencia respiratoria ≥ 30 por minuto
- BUN (Urea) > 19 mg/dL
- Edad ≥ 65 años
- 14. Quemaduras / pronóstico (mortalidad)
- Edad > 60 años
- Quemaduras cubren mas del 40% superficie corporal
- Lesiones por inhalación
- 15. Apendicitis aguda / diagnóstico en niños
- Dolor al toser o a la percusión or “hopping tenderness”
- Anorexia
- Fiebre $> 38^{\circ}\text{C}$ (oral o rectal)
- Nauseas o vómitos
- Dolor en Cuadrante inferior derecho
- Leucocitosis > 10000
- Neutrófilos > 7500
- Dolor migratorio
- 16. Riesgo de infección de una herida traumática
- Localización de la herida
- Antigüedad de la herida (horas)
- Edad del paciente
- Aspecto de los bordes de la herida (corte limpio / bordes irregulares o desvitalizados)
- Afectación del plano muscular
- 17. Obstrucción intestinal / Necesidad de radiografía
- Abdomen distendido

- Aumento de sonidos abdominales
 - Historia de estreñimiento
 - Cirugía abdominal previa
 - Vómitos
 - Edad > 50 años
18. Fractura de cadera / pronóstico (mortalidad intrahospitalaria)
- Edad
 - Sexo
 - Procedente residencia geriátrica
 - EPOC
 - Neumonía
 - Enfermedad isquémica cardíaca
 - Infarto de miocardio previo
 - Arritmia cardíaca (cualquiera)
 - Insuficiencia cardíaca
 - Enfermedad neoplásica
 - Malnutrición
 - Alteración de electrolitos (cualquiera)
 - Fallo renal

5 Discusión-Conclusión

Tras la confección de la encuesta, proponemos un estudio posterior donde el personal de enfermería pueda rellenar dicha encuesta y poder sacar conclusiones significativas, como por ejemplo, valorar la antigüedad en el servicio de urgencias y el número de variables consideradas como independientes.

Las implicaciones para la práctica clínica que este estudio nos permitiría, pueden ser delimitar de una forma racional el papel de enfermería en Urgencias y exigir su formación para tal servicio. También puede servir de base para la configuración de los triajes, ya que disponemos de los signos, síntomas y pruebas complementarias de las patologías más frecuentes de Urgencias.

6 Bibliografía

1. Aujesky D., Auble T.E., Yealy D.M., et al (2005). Prospective comparison of three validated prediction rules for prognosis in community-acquired pneumonia. Am J Med. 118: 384-92.

2. Blatchford O., Murray W.R., Blatchford M. (2000). A risk score to predict need for treatment for upper gastrointestinal hemorrhage. *Lancet*.356: 1318-21.
3. Bohner H., Yang Q., Franke C., et al. (1998). Simple data from History and physical examination help to exclude bowel obstruction and to avoid radiographic studies in patients with acute abdominal pain. *Eur J Surg*. 164: 777-84.
4. Chey T., Jalaludin B., Hanson R., Leeder S. (1999). Validation of a predictive model for asthma admission in children: how accurate is it for predicting admissions? *J Clin Epidemiol*. 52: 1157-63.
5. Craig Blackmore, M.D. (2005). Clinical prediction rules in trauma imaging: Who, How, and Why?. *Radiology*. 235:371–374.
6. Goldman R.D., Carter S., Stephens D., Antoon R., et al. (2008). Prospective validation of the pediatric appendicitis score. *J Pediatr*.153: 278-82.
7. Goldman L., Cook E.F., Brand D.A., et al (1988). A computer protocol to predict myocardial infarction in emergency department patients with chest pain. *N Engl J Med*.318: 797-803.
8. Grewal M., Sutcliffe A.J. (1991). Early prediction of outcome following head injury in children: an assessment of the value of Glasgow Coma Scale score trend and abnormal plantar and pupillary light reflexes. *J Ped Surg*. 26: 1161-3.
9. Hohenhaus, S.M., Travers, D., Mecham, N. (2008). Pediatric triage: a review of emergency education literature. *J Emerg Nurs*; 34(4): 308-13.
10. Jarvik J.G., Deyo R.A. (2002). Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. *Ann Intern Med*.137: 586-97.
11. Jiang H.X., Majumdar S.R., Dick D.A., et al. (2005). Development and initial validation of a risk score for predicting in-hospital and 1-year mortality in patients with hip fractures. *J Bone Miner Res*. 20: 494-500.
12. Lammers R.L., Hudson D.L., Seaman M.E. (2003). Prediction of traumatic wound infection with a neural network-derived decision model. *Am J Emerg Med*. 31: 1-7.
13. Laupacis, A., Sekar, N., Stiell, I.G. (1997). Clinical prediction rules. A review and suggested modifications of methodological standards. *JAMA*; 277(6): 488-94.
14. McIsaac W.J., Moineddin R., Ross S. (2007). Validation of a decision aid to assist physicians in reducing unnecessary antibiotic drug use for acute cystitis. *Arch Intern Med*. 167(20): 2201-6.
15. Rossetti A.O., Logroscino G., Bromfield E.B. (2006). A clinical score for prognosis of status epilepticus in adults. *Neurology*. 66: 1736-8.
16. Ryan C.M., Schoenfeld D.A., Thorpe W.P., et al. (1998). Objective estimates of the pretest probability of death from burn injuries. *N Engl J Med*. 338: 362-6.
17. Stiell, I.G., Greenberg, G.H., McKnight, R.D., et al (1993). Clinical prediction

rules for the use of radiography in acute ankle injuries. Refinement and prospective validation. *JAMA*. 269:1127-32.

18. Stiell I.G., Greenberg G.H., Wells G.A., et al. (1996). Prospective validation of a clinical prediction rule for the use of radiography in acute knee injuries. *JAMA*. 275: 611-15.

19. Sue Hoyt, R.N., et al. (2010). Nurse practitioner Delphi study: competencies for practice in emergency care. *ENA NP Validation Work Team*. 36(5):439-449

20. Taboulet, P., et al. (2009). Triage with the French Emergency Nurses Classification in Hospital scale: reliability and validity. *European Journal of Emergency Medicine*. 16:61-67.

21. Wells P.S., Anderson D.R., Rodger M., et al (2003). Evaluation of d-dimer in the diagnosis of suspected deep vein thrombosis. *N Engl J Med*. 349: 1227-35. External validation in Miron M.J., et al (2000). *J Internal Med*. 247: 249-54 and Kearon Ann Intern Med (2001). 135: 108-11.

22. Wisnivesky J.P., Henschke C., Balentine J., et al (2005). Prospective validation of a prediction model for isolating inpatients with suspected pulmonary tuberculosis. *Arch Intern Med*. 165: 453-7.

23. Wong, S.S.L., Wilczynski, N.L., Haynes, R.B., Ramkissoonsingh, R. for the Hedges Team (2003). Developing optimal search strategies for detecting sound clinical prediction studies in MEDLINE. *Proc. AMIA. Annu. Symp.* 3; 728-32.

24. Wollaston, A., Fahey, P., McKay, M., Hegney, D., Miller, P., Wollaston J. (2004). Reliability and validity of the Toowoomba adult trauma triage tool: a Queensland, Australia study. *Accid Emerg Nurs*. 2004; 12(4): 230-7.

Capítulo 27

IMPLICACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA CUMPLIMENTACIÓN DE LAS REGLAS DE PREDICCIÓN CLÍNICA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES

ELENA MOROTE CUMPLIDO

JOSE ANTONIO SERNA DEL ALAMO

ANA ISABEL ALMENA FRANCO

MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA

1 Introducción

Las reglas de predicción clínica (RPC) se definen como ayudas para la toma decisiones clínicas basadas en la información extraída de la anamnesis, la exploración física y los resultados de las exploraciones complementarias. Las RPC en general establecen la probabilidad de un determinado diagnóstico. Para que las RPC sean útiles, deben de ser clínicamente importantes, tener validez, ser reproducibles y fáciles de usar, ser relevantes clínicamente y sugerir un curso de acción. Un ejemplo típico de RPC que sugiere un curso de acción es la regla de Ottawa para la detección de una fractura de tobillo ante un traumatismo del pie: establece, tras la realización de una exploración de la zona, la necesidad de realizar o no una radiografía del pie (Stiell, 1993).

En la actualidad, hay siete especialidades de enfermería reconocidas por el Ministerio de Educación según el Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería, la cual reconoce como especialidades: Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), Enfermería de Salud Mental, Enfermería Geriátrica, Enfermería del Trabajo, Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos, Enfermería Familiar y Comunitaria y Enfermería Pediátrica. Sin embargo no reconoce la Enfermería de Urgencias mientras el papel de enfermería en la atención en urgencias sigue evolucionando y asumiendo una mayor responsabilidad y un mayor papel en la prestación de servicios de salud.

Por ello, proponemos realizar un estudio exploratorio en el que se estima la capacidad de enfermería en la recogida de los datos procedentes de la anamnesis, exploración y pruebas complementarias que componen las RPC utilizadas en la atención de los procesos de urgencia.

2 Objetivos

- Evaluar el papel de enfermería en la obtención de datos y en la toma de decisiones clínicas en un Servicio de Urgencias Hospitalario.
- Estimar, mediante una encuesta estructurada a profesionales con diferente experiencia en Urgencias, el grado de competencia de enfermería, la necesidad de una formación previa y la colaboración con el personal médico en la realización de las RPC identificadas.
- Valorar el grado de asociación entre el grado de competencia atribuida por enfermería con su experiencia como profesional en Urgencias.

3 Metodología

- Realización de las encuestas extraídas del capítulo "Encuestas confeccionadas para enfermería de las reglas de predicción clínica en los servicios de urgencias". Se entregó la encuesta a 10 profesionales de enfermería con diferente grado de experiencia en un Servicio de Urgencias Hospitalario.
 - Confección de una base de datos con las respuestas.
- La base de datos se codificó e introdujo en el programa estadístico PASW 18.0 (SPSS Inc) para su procesamiento y análisis.
- Análisis de datos
- ☑ Análisis descriptivos: resumen de las características de los encuestados (edad, sexo, antigüedad). Frecuencias absolutas y relativas de los ítems de cada RPC y

en global

☒ Análisis bivalente: Relación entre el grado de competencia de cada RPC y la antigüedad del profesional: mediante el coeficiente de correlación de Spearman (Rho).

4 Resultados

Se identificaron y seleccionaron 18 RPC para diferentes patologías atendidas en Urgencias con sus diferentes signos, síntomas y pruebas complementarias:

- Infarto agudo de miocardio (Goldman L, 1988)
- Trombosis venosa profunda (Wells PS, 2001)
- Hemorragia digestiva alta (Blatchford O, 2000)
- Tuberculosis respiratoria (Wisnivesky JP, 2005)
- Traumatismo en tobillo con dolor en zona (Stiell IG, 1993)
- Traumatismo en tobillo con dolor en medio del pie (Stiell IG, 1993)
- Traumatismo en rodilla (Stiell IG, 1996)
- Lumbalgia aguda (Jarvik JG, 2002)
- Traumatismo craneoencefálico infantil (Grewal M, 1991)
- Status epiléptico (Rossetti AO, 2006)
- Infección aguda del tracto urinario: cistitis (McIsaac WJ, 2007)
- Ataque de asma en niños (Chey T, 1999)
- Neumonía (Aujesky D, 2005)
- Quemaduras (Ryan CM, 1998)
- Apendicitis aguda (Goldman RD, 2008)
- Infección de una herida traumática (Lammers RL, 2003)
- Obstrucción intestinal (Bohner H, 1998)
- Fractura de cadera (Jiang HX, 2005)

Todas ellas tienen un alto nivel de evidencia (Ia o Ib) según la clasificación de Oxford.

Se pasaron las encuestas a 10 profesionales de enfermería, 8 mujeres y 2 hombres, con una edad media de 32 años (rango de 22 a 42 años). El nivel de experiencia en Urgencias fue variable, desde ninguna experiencia hasta 16 años.

El número de ítems clasificados según la competencia para ser recogidos por parte de enfermería se resumen en la Tabla 1.

La mayoría de variables fueron clasificadas como que podían recogerse de forma

independiente y solamente 16 de ellas no se consideraron valorables por enfermería.

Se exploró la relación entre el número de ítems considerados como “independientes” y la antigüedad en el servicio de Urgencias.

La correlación entre ambas variables fue positiva y estadísticamente significativa (Rho de Spearman: 0,81; p-valor=0,015)

Tras encuestar a un grupo de profesionales de enfermería hemos comprobado que la mayoría de variables se podían recoger de forma independiente por enfermería y muy pocas necesitaría de asistencia, formación o ser delegadas a otros profesionales.

Se observa de una forma clara una relación entre experiencia e independencia de manera que a mayor antigüedad en el Servicio de Urgencias, mayor número de ítems considerados como “independientes”.

5 Discusión-Conclusión

- Este estudio nos permite delimitar de una forma racional el papel de enfermería en Urgencias y exigir su formación para tal servicio.
- Los resultados de este estudio pueden servir de base para la configuración de los triajes de Urgencias.
- Se pueden mejorar algunos aspectos de la encuesta y aumentar el número de profesionales encuestados tanto de enfermería como de otras profesiones sanitarias para tener una idea más precisa de la visión del personal que trabaja en Urgencias.
- Se podría explorar en futuros estudio la relación de los resultados con variables relacionadas con el tipo y gravedad de la patología atendida

Este trabajo tiene una serie de limitaciones que debemos reconocer y destacar. Se trata de un estudio piloto, con un tamaño muestral bajo. Ha habido dificultades en la recogida de datos, pues en algunas encuestas rellenas faltaban datos como edad, antigüedad en el servicio... Así como malas interpretaciones a la hora de rellenarla.

Como consejos para otros estudios propongo explicar clara y personalmente a los encuestados las pautas para rellenar la encuesta, así como modificarla añadiendo

otra columna para poder separar Tras formación de Asistida para que de esta manera hubiese menos confusiones.

Y como perspectivas propongo aumentar el número de profesionales encuestados, no solo para enfermería para tener un resultado más exacto sobre este estudio sino además ampliar a diversos profesionales sanitarios para conocer la opinión de cada uno de ellos sobre la posibilidad de que enfermería se encargara de recoger todos los datos necesarios para las RPC y tomar decisiones clínicas de algunas patologías. Se podría comparar la antigüedad en el servicio de Urgencias con la opinión de la gravedad de todas las patologías (ordenándolas del 1 al 18 de más gravedad a menos), comparar las opiniones según las distintas profesiones sanitarias y analizar cuáles de las 18 patologías podrían ser valoradas por enfermería de forma independiente.

6 Bibliografía

1. Aujesky D., Auble T.E., Yealy D.M., et al (2005). Prospective comparison of three validated prediction rules for prognosis in community-acquired pneumonia. *Am J Med.* 118: 384-92.
2. Blatchford O., Murray W.R., Blatchford M. (2000). A risk score to predict need for treatment for upper gastrointestinal hemorrhage. *Lancet.* 356: 1318-21.
3. Bohner H., Yang Q., Franke C., et al. (1998). Simple data from History and physical examination help to exclude bowel obstruction and to avoid radiographic studies in patients with acute abdominal pain. *Eur J Surg.* 164: 777-84.
4. Chey T., Jalaludin B., Hanson R., Leeder S. (1999). Validation of a predictive model for asthma admission in children: how accurate is it for predicting admissions? *J Clin Epidemiol.* 52: 1157-63.
5. Craig Blackmore, M.D. (2005). Clinical prediction rules in trauma imaging: Who, How, and Why?. *Radiology.* 235:371-374
6. Goldman R.D., Carter S., Stephens D., Antoon R., et al. (2008). Prospective validation of the pediatric appendicitis score. *J Pediatr.* 153: 278-82.
7. Goldman L., Cook E.F., Brand D.A., et al (1988). A computer protocol to predict myocardial infarction in emergency department patients with chest pain. *N Engl J Med.* 318: 797-803.
8. Grewal M., Sutcliffe A.J. (1991). Early prediction of outcome following head injury in children: an assessment of the value of Glasgow Coma Scale score trend and abnormal plantar and pupillary light reflexes. *J Ped Surg.* 26: 1161-3.

9. Hohenhaus, S.M., Travers, D., Mecham, N. (2008). Pediatric triage: a review of emergency education literature. *J Emerg Nurs*; 34(4): 308-13.
10. Jarvik J.G., Deyo R.A. (2002). Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. *Ann Intern Med*.137: 586-97.
11. Jiang H.X., Majumdar S.R., Dick D.A., et al. (2005). Development and initial validation of a risk score for predicting in-hospital and 1-year mortality in patients with hip fractures. *J Bone Miner Res*. 20: 494-500.
12. Lammers R.L., Hudson D.L., Seaman M.E. (2003). Prediction of traumatic wound infection with a neural network-derived decision model. *Am J Emerg Med*. 31: 1-7.
13. Laupacis, A., Sekar, N., Stiell, I.G. (1997). Clinical prediction rules. A review and suggested modifications of methodological standards. *JAMA*; 277(6): 488-94.
14. McIsaac W.J., Moineddin R., Ross S. (2007). Validation of a decision aid to assist physicians in reducing unnecessary antibiotic drug use for acute cystitis. *Arch Intern Med*. 167(20): 2201-6.
15. Rossetti A.O., Logroscino G., Bromfield E.B. (2006). A clinical score for prognosis of status epilepticus in adults. *Neurology*. 66: 1736-8.
16. Ryan C.M., Schoenfeld D.A., Thorpe W.P., et al. (1998). Objective estimates of the pretest probability of death from burn injuries. *N Engl J Med*. 338: 362-6.
17. Stiell, I.G., Greenberg, G.H., McKnight, R.D., et al (1993). Clinical prediction rules for the use of radiography in acute ankle injuries. Refinement and prospective validation. *JAMA*. 269:1127-32.
18. Stiell I.G., Greenberg G.H., Wells G.A., et al. (1996). Prospective validation of a clinical prediction rule for the use of radiography in acute knee injuries. *JAMA*.275: 611-15.
19. Sue Hoyt, R.N., et al. (2010). Nurse practitioner Delphi study: competencies for practice in emergency care. *ENA NP Validation Work Team*.36(5):439-449
20. Taboulet, P., et al. (2009). Triage with the French Emergency Nurses Classification in Hospital scale: reliability and validity. *European Journal of Emergency Medicine*.16:61-67.
21. Wells P.S., Anderson D.R., Rodger M., et al (2003). Evaluation of d-dimer in the diagnosis of suspected deep vein thrombosis. *N Engl J Med*.349: 1227-35. External validation in Miron M.J., et al (2000). *J Internal Med*.247: 249-54 and Kearon *Ann Intern Med* (2001). 135: 108-11.
22. Wisnivesky J.P., Henschke C., Balentine J., et al (2005). Prospective validation of a prediction model for isolating inpatients with suspected pulmonary tuberculosis. *Arch Intern Med*.165: 453-7.
23. Wong, S.S.L., Wilczynski, N.L., Haynes, R.B., Ramkissoonsingh, R. for the

Hedges Team (2003). Developing optimal search strategies for detecting sound clinical prediction studies in MEDLINE. *Proc. AMIA. Annu. Symp.* 3; 728-32.

24. Wollaston, A., Fahey, P., McKay, M., Hegney, D., Miller, P., Wollaston J. (2004). Reliability and validity of the Toowoomba adult trauma triage tool: a Queensland, Australia study. *Accid Emerg Nurs.* 2004; 12(4): 230-7.

Capítulo 28

PARADA DE ORIGEN RESPIRATORIO. OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA POR CUERPO EXTRAÑO. EL PAPEL DE ENFERMERÍA ANTE UN ATRAGANTAMIENTO

LETICIA ANTUÑA GUTIÉRREZ

ELENA PEÑA RUBÍN DE CELIS

1 Introducción

El sistema respiratorio única y exclusivamente tiene capacidad para la movilización de gases. Es decir, sólo le permite la aceptación de gases. La introducción en el sistema respiratorio de cualquier componente sólido o líquido conlleva a la puesta en marcha de los mecanismos propios de defensa, siendo el más importante la tos. Cuando se produce una obstrucción en las vías respiratorias, lo que conocemos vulgarmente como atragantamiento, impide que la sangre de nuestro organismo reciba oxígeno necesario para todos los tejidos. Si los tejidos y órganos no reciben oxígeno, significaría la muerte de los mismo.

Cuando la persona está consciente el motivo de obstrucción más común es la comida y puede ocurrir en cualquier lugar. Esta obstrucción por cuerpo sólido se produce por una aspiración brusca como puede ser la risa cuando la boca está repleta de comida. Durante la inspiración, la epiglotis deja libre el paso del aire llevando la comida a la tráquea. La obstrucción puede ser de dos tipos: incompleta y completa.

Las intervenciones que se lleven a cabo pueden socorrer, con frecuencia, la vida de las personas que lo padecen.

El primer síntoma suele ser la tos, y a menudo es tan grave que la persona no puede pedir ayuda. Es posible que el afectado se sujete la garganta con ambas manos. La respiración y el habla pueden debilitarse o interrumpirse. La persona no puede emitir sonidos agudos o jadeos, adquiere una coloración azul y puede sufrir una convulsión o desmayarse.

2 Objetivos

- Describir qué se entiende por una obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño.
- Enumerar signos y síntomas que demuestren que estamos ante un atragantamiento de tipo leve o severo.
- Conocer qué medidas tomar ante un paciente con obstrucción de la vía aérea (leve o severa).
- Saber qué no hacer cuando estamos ante una obstrucción de la vía aérea (leve o severa).

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente trabajo ha sido necesaria la realización de una revisión 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: “atragantamiento”, “obstrucción”.

4 Resultados

La obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño es una muerte accidental poco común, pero potencialmente tratable. Generalmente se asocia con la comida y suele ser presenciada por testigos. Debemos intentar diferenciar este cuadro de otras posibles causas de insuficiencia respiratoria aguda, cianosis o pérdida de conciencia como puede ser un infarto agudo de miocardio o convulsiones.

Un cuerpo extraño puede dar lugar a una obstrucción de la vía aérea que puede ser bien leve o severa. Los signos y síntomas que nos van a permitir diferenciar entre una obstrucción leve o una obstrucción severa son los siguientes. Es importante preguntarle al paciente si se está ahogando, si el paciente presentase

una obstrucción leve podría comunicarse con nosotros (enfermería), nos podría contestar a la pregunta. Además, presentará tos y también una respiración más o menos efectivas. En el caso de que estemos ante una obstrucción de la vía aérea severa, no habrá paso de aire a través de las vías vocales, el paciente puede que asienta ante nuestra pregunta, pero no va a poder hablar ni emitir ningún sonido. Tampoco podrá emitir una respiración jadeante y observaremos que intentos silentes e infructuosos de tos. Por último, en situaciones ya más avanzadas el paciente va a perder la conciencia.

¿Qué medidas tomar al encontrarse con un paciente que presenta una obstrucción leve?

En primer lugar, incentivarle a que tosa y vigilar que el paciente no progresa hacia una situación severa. En estos casos de obstrucción leve, el hecho de tomar medidas más agresivas puede causar potencialmente lesiones serias en el paciente. Las compresiones abdominales, torácicas o golpes en la espalda podrían empeorar la obstrucción de la vía aérea. Luego en este caso lo único que deberíamos hacer es incentivar a que el paciente siga tosiendo. La tos provocará un aumento mantenido de la presión en las vías aéreas y en la mayoría de los casos satisfactoriamente resuelve el problema de la vía aérea.

En caso de estar ante un paciente consciente, pero que ya presenta signos de obstrucción severa, lo primero que deberíamos hacer es proporcionarle 5 golpes en la espalda. Para ello nos colocamos de pie al lado de la víctima, colocamos una mano en el tórax e inclinándolo ligeramente hacia adelante ya que si resolvemos la obstrucción el cuerpo extraño saldría de la boca y no volvería hacia la vía aérea. En ese momento proporcionaríamos 5 golpes secos entre las escápulas del paciente. De no ser efectivo, proporcionaríamos la maniobra de Heimlich. Si de esta manera tampoco se resuelve el caso deberíamos continuar con ambas de forma alterna.

Por último, ante un paciente inconsciente: deberemos pedir ayuda e iniciar reanimación con compresiones torácicas.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de las veces, la reacción de defensa inmediata del organismo es la tos, mediante la cual, se intenta arrastrar consigo al alimento o cuerpo extraño.

La obstrucción de la vía aérea se suele producir en los adultos debido al atragantamiento por alimentos como el pescado o el pollo.

En caso de atragantamiento u obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño, sea alimento sólido o un objeto como globos o piezas pequeñas de construcción

o juguetes, es fundamental actuar rápidamente. Por ello, resulta muy importante que la ciudadanía esté formada en las maniobras de desobstrucción, que consisten en invitar a la persona a toser, aplicar las maniobras de Heimlich y, si nada de todo ello funciona y la persona entra en parada cardiorrespiratoria, realizar una Reanimación Cardiopulmonar Básica.

6 Bibliografía

1. Moliné JL, Ma MATS, Solé Gómez D, En Medicina E, Trabajo D. NTP 467: Obstrucción de las vías respiratorias: primeros auxilios [Internet]. Insst.es. [citado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.insst.es/documents/94886/326853/ntp_467.pdf/a74241b9-d2a5-4f3b-a3fa-bb45259cba2e?version=1.1&t=1680165715968.
2. Atragantamiento en el adulto [Internet]. Riojasalud.es. [citado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/servicios/urgencias/articulos/atragantamiento-en-el-adulto>.
3. Leonardo Linares AM, Pastrana Román I, Castillo Romero E, Rodríguez González R, Rodríguez Ramos JF. Manejo del paciente con cuerpo extraño en vías aérea y digestiva. Rev cienc médicas Pinar Río [Internet]. 2013 [citado el 22 de agosto de 2023];17(4):73–83. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000400009.
4. Romero-Velarde E, Villalpando-Carrión S, Pérez-Lizaur AB, Iracheta-Gerez M de la L, Alonso-Rivera CG, López-Navarrete GE, et al. Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos. Bol Med Hosp Infant Mex [Internet]. 2016 [citado el 22 de agosto de 2023];73(5):338–56. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-boletin-medico-del-hospital-infantil-401-articulo-consenso-practicas-alimentacion-complementaria-lactantes-S1665114616301022>.

Capítulo 29

ENFERMERÍA: GRUPOS DE RIESGO EN LA REACCIÓN ALÉRGICA AL LÁTEX

MARÍA DEL CARMEN MERO YÉBENES

MARTA JIMÉNEZ DE LOS GALANES ALCÁZAR

VICTOR JOSE SANCHEZ GIMENEZ

ANDREA MARIA VALDEPEÑAS LAGUNA

MÓNICA BALLESTEROS TOLEDO

1 Introducción

Las reacciones alérgicas al látex según los estudios observados han experimentado a lo largo del tiempo un incremento exponencial en el número de casos en breve tiempo, sobre todo en ciertos profesionales destacando los sanitarios. Fundamentalmente ha sido debido por la introducción en el ámbito sanitario y por el cambio de manufactura de este producto. Estas pueden presentarse tardíamente (eczema de contacto o reacción tipo IV) o bien de tipo anafiláctica (reacción tipo I), con reacciones incluso muy graves. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE.UU comunicó en el año 1992 que se registraron 15 fallecimientos debidos a este motivo.

Por vulcanización se obtiene un producto sintético procedente, sobre todo, de la *Hevea Brasiliensis*, árbol afroasiático, se centrifuga previamente y surge otro más termoestable y elástico, a la vez que se añaden otros aditivos que actúan como

antígenos en la alergia de contacto. Esta alergia se relaciona con la cantidad y tipo de antígenos proteicos que estos contienen.

El látex se emplea y maneja en la fabricación de chupetes y tetinas de biberones, juguetes flexibles, máscaras, tejidos elásticos, pañales, balones, mangos de raquetas, alfombrillas, preservativos, guantes quirúrgicos, tiritas, tapón de suero y del sistema, ambú, conexiones de ventilación, cánulas para enemas, sondas vesicales, sistemas de infusión intravenoso, circuitos de anestesia, etc.

2 Objetivos

Determinar los grupos de riesgo que pueden llegar a desarrollar una reacción anafiláctica al material del látex y las posibles medidas para prevenirlo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Entre los grupos de riesgo de padecer alergia al látex se han descrito cuatro:

- Profesionales sanitarios. En la incidencia nos encontramos con varias estadísticas en función del estudio consultado, siendo proporcional entre los sujetos que mayor tiempo de utilización efectúan del látex, siendo mayor en el personal de odontología y ginecología.
- Pacientes con mielomeningocele (defectos del tubo neural). Kelly refirió que el anticuerpo Ig E específico para este producto se encontraba entre el 28 y el 67 %.
- Trabajadores de la propia industria que manufactura y maneja el látex.
- Pacientes atópicos con alergias a ciertos frutos como el plátano, castañas o aguacate.

El diagnóstico se ejecuta con técnicas de determinación de Ig E específica mediante RAST y ELISA. Se han descrito reacciones anafilácticas con la propia ejecución de estas pruebas, por lo que deben llevarse a cabo con un extremo cuidado. Si

se confirma el diagnóstico, se recomienda llevar una identificación sobre su alergia y en caso de que la misma haya sido grave, llevar adrenalina en autojet. El cuadro anafiláctico se caracteriza y determina por manifestarse a los 30-60 minutos post exposición y con hipotensión, broncoespasmo y erupción en la zona de contacto o generalizada.

El tratamiento no difiere de otra anafilaxia. Hay que conservar y mantener la permeabilidad de la vía aérea, se administrará oxígeno a flujos elevados, cristaloides para poder restablecer el volumen intravascular, adrenalina y corticoides, junto histamínicos, bicarbonato y sobre todo, proceder a la retirada de la presencia de material que pueda contener látex, eliminando así el contacto con el antígeno.

Como medidas preventivas, la educación sanitaria constituye el condicionante a tener en cuenta, además de solicitar a la industria y autoridades material alternativo libre de látex y también, controlar los estándares de calidad en la manufactura de los guantes de látex. Como medida sencilla, se recomienda lavar las manos después de usar guantes y utilizar alternativamente otros de vinilo y neopreno. Paradójicamente, los guantes hipoalergénicos son generalmente de látex, aunque con un proceso de fabricación más riguroso, útiles por la reducción de Antígeno en los procesos de hipersensibilidad tipo IV, pero pueden producir reacciones anafilácticas.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha podido observar la alergia procedente por la exposición al látex podría estar siendo una gran problemática en alza muy importante dentro de la salud laboral en el ámbito hospitalario. Por todo ello merece la pena fomentar la realización de estudios de sensibilidad en la población expuesta, usando procedimientos como la prueba del parche para reconocer a las personas afectadas y poder, de esta manera, intervenir rápida y eficazmente siempre con la finalidad de controlar los síntomas y disminuir las incapacidades del profesional de la salud.

Además de incurrir en tratamientos, bajas laborales y gasto a cargo de la sanidad pública.

6 Bibliografía

1. Gil Micharet María Soledad, Barriga Medina Francisco José, Pérez De Villar Grande José Antonio. Alergia al látex en los trabajadores sanitarios (I): Vigilancia de la salud. Med. segur. trab. [Internet]. 2007 Sep [citado el 16 de agosto de

2023] ; 53 (208): 53-61. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2007000300006&lng=es.

2. Fajardo-Zapata Álvaro L. Alergia al látex en trabajadores de la salud. *Iatrica* [Internet]. marzo de 2015 [citado el 16 de agosto de 2023]; 28(1): 17-23. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932015000100002&lng=en.

Capítulo 30

PINZAMIENTO DEL CORDÓN UMBILICAL EN RECIÉN NACIDO A TÉRMINO

EVA ALONSO GUADAMILLAS

MARÍA CHICANO MARTÍNEZ

PAULA HERRÁIZ PINO

ANDREA GÁLLEGO ALISES

MARIA ISABEL SOLERA ABAD

1 Introducción

La manipulación del cordón umbilical tras el nacimiento del recién nacido se ha convertido en un tema controvertido en los últimos tiempos. Aunque hasta hace no mucho la tendencia era la del clampaje precoz, esta técnica ha demostrado no ser tan eficaz como la realización del clampaje tardío. Estudios recientes demuestran su valor y sus numerosos beneficios.

Existe una cantidad de sangre considerable que el recién nacido recibe mediante la transfusión placentaria; en torno al 20-30% del volumen. El clampaje precoz del cordón umbilical supone una disminución del hematocrito, así como la presión y volumen sanguíneos, junto con un descenso en los depósitos de hierro del recién nacido. Todo esto supone un aumento en la aparición de anemia, que, a su vez, puede disminuir las capacidades relacionadas con el neurodesarrollo.

La sangre del cordón umbilical pertenece al recién nacido. Contiene, además de citoquinas y factores de crecimiento que mejoran su proceso de transición, una cantidad de hierro muy importante para los primeros 3-8 meses de vida. Son diversos los estudios que analizan cuánto tiempo debe esperarse para pinzar el cordón. Existen resultados que aprecian una mejoría significativa con un tiempo estimado de 3 minutos, sin embargo, incluso 30 segundos pueden ser beneficiosos para el recién nacido.

2 Objetivos

- Observar los efectos en el componente sanguíneo del recién nacido tras pinzar el cordón tras más de tres minutos desde el nacimiento frente al pinzamiento inmediato.
- Describir los riesgos y beneficios del pinzamiento tardío de cordón en comparación con el pinzamiento precoz en el recién nacido a término.
- Determinar el momento óptimo para realizar el pinzamiento.
- Analizar los beneficios del pinzamiento óptimo en las cesáreas.

3 Metodología

Para la elaboración 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

Tras analizar la información obtenida se puede afirmar que el pinzamiento tardío u óptimo del cordón umbilical es seguro para la mayoría de los recién nacidos. Se ha observado:

- El pinzamiento óptimo de cordón demuestra un aumento en los niveles de hemoglobina, así como la concentración de hematocrito en el recién nacido, de los cuales éste puede verse beneficiado en los primeros meses de vida.
- El riesgo de anemia también disminuye, debido al aumento en la concentración de glóbulos rojos.

- No existe evidencia suficiente que afirme que el pinzamiento tardío de cordón aumente el riesgo de hiperbilirrubinemia o necesidad de tratamiento con fototerapia.
- Esperar a que el cordón deje de latir, incluso tras el alumbramiento de la placenta, arroja mejores resultados en comparación con el pinzamiento tras 30 segundos.
- Se estima que el tiempo necesario para la obtención de mejores resultados en los primeros meses de vida del recién nacido debe ser de, aproximadamente, tres minutos. De esta forma el beneficio puede apreciarse hasta los ocho meses de vida.
- Hasta hace poco tiempo, lo más frecuente era la realización del pinzamiento precoz, también y principalmente, en las cesáreas. Sin embargo, actualmente debido a todos sus beneficios se ha ido implementando esta práctica en las cesáreas, ya que no aumenta los riesgos en la madre durante la intervención.

La sangre del cordón umbilical es sangre perteneciente al recién nacido. Por todo esto, resulta muy importante que esta vuelva hacia él, ya que es innegable la enorme cuantía de beneficios que le aporta. El hecho de que algunos profesionales realicen un pinzamiento precoz es, en muchos casos, resultado de una intervención rápida, únicamente. No se realiza porque sea mejor pinzar el cordón enseguida, sino porque hacerlo al menos tres minutos después, conlleva esperar.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, la literatura evidencia que el pinzamiento tardío de cordón es una práctica beneficiosa para la salud del recién nacido. Algunas de las justificaciones hasta ahora utilizadas en defensa del pinzamiento precoz han sido la aparición de ictericia y policitemia si no era realizado inmediatamente. Sin embargo, actualmente es posible afirmar que no existe evidencia que relacione este hecho.

La ictericia fisiológica es muy frecuente en el recién nacido, es leve y se resuelve en pocos días cuando el sistema digestivo comienza a madurar. Aunque el pinzamiento tardío aumente el número de glóbulos rojos, también mejora la función hepática, por lo que la metabolización de la bilirrubina es mejor.

Como aportación a la práctica clínica se debe resaltar la importancia de continuar realizando investigaciones para mejorar la actuación clínica, que cada vez se adecúa más a la evidencia científica más reciente. Principalmente, para contribuir en el cambio de paradigma de aquellos profesionales que aún creen que el pinzamiento precoz es la mejor opción. Resulta importante diferenciar aquellos casos en los que la actuación clínica es resultado de una convicción profesional

o, simplemente, una cuestión de ahorro de tiempo.

6 Bibliografía

1. Mercer JS, Skovgaard RL. Neonatal transitional physiology: A new paradigm. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2002;15(4):56–75.
2. McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Evidence-Based Child Heal*. 2014;9(2):303–97.
3. Mercer JS, Erickson-Owens DA, Deoni SCL, Dean DC, Collins J, Parker AB, et al. Effects of Delayed Cord Clamping on 4-Month Ferritin Levels, Brain Myelin Content, and Neurodevelopment: A Randomized Controlled Trial. *J Pediatr* [Internet]. 2018;203:266-272.e2. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.06.006>
4. Hutchon DJR. Immediate or early cord clamping vs delayed clamping. *J Obstet Gynaecol (Lahore)*. 2012;32(8):724–9.
5. Andersson O, Mercer JS. Cord Management of the Term Newborn. *Clin Perinatol*. 2021;48(3):447–70.
6. Shao H, Gao S, Lu Q, Zhao X, Hua Y, Wang X. Effects of delayed cord clamping on neonatal jaundice, phototherapy and early hematological status in term cesarean section. *Ital J Pediatr*. 2021;47(1):1–7.

Capítulo 31

EDUCACIÓN SANITARIA EN EL PACIENTE DIABÉTICO

LORENA DIAZ LOPEZ

MARIA ÁNGELES RAFAEL DE LA CRUZ LÓPEZ

TAMARA PALOMINO MARTIN

ALEJANDRO FERNÁNDEZ GARCÍA

MIRIAM CASARES BENITO

1 Introducción

Podemos definir la diabetes mellitus como un síndrome metabólico caracterizado por la presencia de niveles elevados de glucosa en sangre. Esta hiperglucemia puede ser resultado de defectos en la secreción de insulina, en su acción o en ambos.

La hiperglucemia crónica que se produce en la diabetes a lo largo del tiempo puede dar lugar a diferentes enfermedades cardiovasculares, así como alteraciones a nivel de los vasos sanguíneos de los ojos, a nivel renal, y a nivel sensitivo en manos y pies.

Según la OMS a nivel mundial, hay más de 180 millones de personas con Diabetes Mellitus (DM), y se estima que para el año 2030 esta cifra aumentará el doble.

Además, los costes de la DM representan un porcentaje elevado del total del gasto sanitario a nivel nacional e internacional. En España, según el estudio SECCAID,

el coste directo anual en 2012 fue de 5.809 millones de euros, correspondiendo al 8.2% del gasto sanitario total.

El papel de la enfermería en esta enfermedad es fundamental, ya que según los últimos datos señalan que un diagnóstico temprano y el acceso a un seguimiento adecuado para todos los tipos de diabetes pueden evitar o retrasar las complicaciones a las personas que padecen la enfermedad.

2 Objetivos

Desarrollar los principales aspectos que debe contener la educación diabetológica a proporcionar al paciente para realizar un buen control y seguimiento de la enfermedad.

3 Metodología

Para elaborar este capítulo, se ha comenzado por realizar una búsqueda bibliográfica, que ha servido como documentación y base.

Dicha documentación se ha obtenido poniendo en práctica una serie de estrategias de búsquedas bibliográficas en bases de datos, fuentes documentales y buscadores como Dialnet, Medline, Pubmed, Scielo, Cuiden, Fuden y Google académico.

Los términos que han servido como palabras clave para realizar dichas búsquedas son: “Glucemia”, “DM”, “Mortalidad”, “Pie diabético”, “Alimentación”, “Ejercicio físico”.

Las referencias bibliográficas escogidas son publicaciones actuales que cumplen requisitos de calidad científica y metodológica y que aportan información acerca del tema a tratar.

4 Resultados

1) Cuidados al pie diabético

Como consecuencia del mal control de la diabetes, se produce una disminución en el riego sanguíneo de las piernas y una afectación de los nervios de las piernas y de los pies.

Cuando nos encontramos ante una diabetes descompensada de larga evolución, aumentan las posibilidades de que aparezcan lesiones en los pies.

Por todo ello, el cuidado de los pies es muy importante, ya que el riesgo de aparición de lesión o de ulceración es mayor.

Prevención de lesiones:

- Revisar de forma diaria ambos pies por la posible aparición de pequeñas alteraciones en la piel.
- Durante los meses de frío usar calcetines de algodón, lana o lino, sin costuras, suaves y elásticos.
- Nunca andar descalzo.
- Lavarse los pies de manera diaria con agua a una temperatura de 35-36°. No mantener los pies sumergidos más de 5 minutos.
- Usar para el lavado de pies jabón no agresivo y esponjas suaves.
- Una vez finalizado el lavado de pies, secar de manera minuciosa los pies.
- Hidratar la piel con una crema hidratante.
- Limar o cortar las uñas de los pies rectas.
- Usar calzado que no quede ni apretado ni suelto.

2) Alimentación

La alimentación debe ser equilibrada, saludable y moderada en calorías.

Debe estar formada por:

- Verduras: tomar dos veces al día, de las cuales una de ellas debe ser en crudo.
- Frutas: tomar de 3 a 4 piezas diarias de forma respetando los pesos recomendados por el médico.
- Cereales: preferentemente integrales, ya que su contenido en fibra produce menor elevación de la glucemia que los refinados.
- Lácteos: tomar 3 raciones diarias en forma de leche semidesnatada o desnatada, yogures desnatados o quesos frescos.
- Carnes: Aves sin piel, conejo, carne magra sin grasa de vaca, ternera o cerdo.
- Pescado: tomar 2 o 3 raciones a la semana, tanto de pescado blanco como de pescado azul.
- Huevos: tomar 4 unidades a la semana. Se pueden tomar en forma de tortilla o cocidos, a la plancha o al vapor.
- Aceites: preferiblemente aceite de oliva extra.
- Edulcorantes: usar tipo sacarina o estevia. Tomar de 2 a 2,5 l de agua diarios.

3) Ejercicio Físico

- Realizar ejercicio aeróbico de forma moderada.
- Realizar ejercicio físico de manera diaria y continuada.
- Controlar cifras de glucemia y cetona antes y después de realizar ejercicio físico.
- Llevar siempre un sobre de azúcar por la posible aparición de hipoglucemia durante la actividad física.

- Intentar realizar ejercicio físico acompañado. Ir identificando como paciente diabético en forma de algún objeto tipo pulsera o tarjeta.
- Mantenerse bien hidratado durante la actividad física.

4) Autoanálisis

Consiste en la realización de la medición de glucosa en sangre por parte del paciente.

La frecuencia en el autocontrol depende del control metabólico que lleve el paciente y del tipo de DM que padezca. a) Técnica:

La muestra de sangre se obtiene a partir de una punción capilar. Generalmente, la punción se realiza en el lateral de la yema de los dedos. b) Material:

- Lancetas y bolígrafo de punción
 - Glucómetro
 - Tiras reactivas c) Procedimiento
1. Lavar las manos con agua y jabón neutro
 2. Secar las manos
 3. Colocar la tira reactiva en el glucómetro
 4. Masajear la yema del dedo que vamos a usar
 5. Pinchar la yema del dedo con el bolígrafo o lanceta
 6. Presionar para extraer sangre
 7. Mojar la tira reactiva con la sangre extraída.
 8. Esperar a la obtención del resultado y anotar dicho resultado en la cartilla de control.

5 Discusión-Conclusión

Uno de los aspectos más importantes para tratar a los pacientes diagnosticados de Diabetes Mellitus es la educación para la salud. Con esta actividad, el profesional enfermero trata de fomentar en ellos hábitos y un estilo de vida saludable.

Para ello, trataremos de dar la mejor y la mayor información acerca de los cuidados del pie diabético, la alimentación y el ejercicio físico diario.

Todos estos temas son los principales factores que van a determinar un buen control de la enfermedad, y, por lo tanto, un nivel de salud óptimo.

Por todo lo anteriormente citado, podemos señalar que el papel enfermero es imprescindible en el control de esta enfermedad.

6 Bibliografía

1. Boada A, Amaya M, Hernández MT. Programa Formativo Para Enfermería. Pie Diabético y Manejo Del Dolor Neuropático. Madrid: IMC; 2012.
2. American Diabetes Association. Cardiovascular disease and risk management: Standards of medical care in diabetesd2019. Diabetes Care. 2019;42(1):S103-23.
3. Calle-Pascual AL, Runkle-Vega I, Díaz-Pérez J, et al. Técnicas de exploración de la sensibilidad en la patología del pie. Av Diabetol. 2006.
4. Bedard C, Sherry Liu S, Patterson C, et al. Systematic review: Can non-mydratic cameras accurately detect diabetic retinopathy? Diabetes Res Clin Pract. 2017;129:154-9.

Capítulo 32

ENFERMERÍA EN LA IDENTIFICACIÓN Y ACTUACIÓN EN UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA

ALICIA PERAIRA MORAL

HERNÁN GARCÍA-OCHOA SEGUIDO

LAURA GARCÍA PUÑAL

FABIOLA MARTÍNEZ ÁVILA

ALICIA MANRIQUE RUIZ

1 Introducción

Debemos de saber identificar una parada cardiorrespiratoria (PCR), sabiendo la relación existente entre respiraciones y latidos cardiacos. Una vez identificada debemos de iniciar rápidamente las maniobras de resucitación, ya que cuanto más rápido se inicie las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) mayores serán las posibilidades de éxito y sobre todo de reducir los efectos secundarios a la misma. Dicha actuación precoz, reside tanto en la población como en los profesionales sanitarios, ya que una actuación básica puede disminuir y conducir a la recuperación fisiológica una vez que los profesionales apliquen sus técnicas avanzadas.

Definimos la parada cardiorrespiratoria a una situación clínica en la que se interrumpe brusca e inesperadamente la respiración espontánea y/o circulación corporal, siendo reversibles en caso de tratamiento precoz. Puede cursarse de una forma natural, no teniendo que estar relacionada con ninguna enfermedad o envejecimiento.

Suele ser causada por las cardiopatías isquémicas, siendo diagnosticada por una pérdida de conocimiento, apnea y ausencia de pulsos.

Para garantizar el éxito de la RCP existen unos factores fundamentales:

1. El tiempo que transcurre desde que se objetiva la PCR hasta que se inician las maniobras de RCP.
2. El tiempo en el que se encuentra en PCR.
3. El entrenamiento, conocimientos y destreza del reanimador.
4. Los antecedentes del paciente que se encuentra en situación de PCR.

Existe una cadena de supervivencia de la misma:

1. Llama al servicio de emergencias (112).
2. Soporte Vital Básico.
3. Desfibrilación precoz.
4. Soporte Vital Avanzado.

Es fundamental saber identificar y actuar mediante protocolo y algoritmo acorde a la parada cardiorrespiratoria, para saber identificar qué tipo actividad cardiaca tiene, ya que dependiendo de la misma se actuará a través de un algoritmo o de otro.

2 Objetivos

Exponer e indicar la importancia de saber reconocer una PCR y conocer el protocolo de actuación ante la misma por parte de enfermería

3 Metodología

Este estudio se ha llevado a cabo tras una revisión sistemática relacionada con las maniobras de RCP, usando las siguientes bases de datos: Medline, Cuiden, Scielo, Medline, Cochrane. En la misma hemos usado varios descriptores, como reanimación, protocolo, plan actuación, cardiopulmonar.

4 Resultados

El protocolo para llevar a cabo la interpretación de la PCR: comprobar la seguridad del entorno y del paciente antes de reiniciar las maniobras.

El inicio de un Soporte Vital Básico comprende con mantener una vía aérea permeable, una respiración efectiva y que se restablezca la circulación sanguínea.

Valorar el estado de consciencia, comprobando si el paciente responde o no a estímulos, moviéndolo suavemente por los hombros y hablándole. Comprobar la ventilación espontánea, ver si respira o no respira. Aproximamos la cara a la mejilla del paciente, pasaremos al ver, oír y sentir, acercando nuestra oreja a su nariz, mirando su pecho para ver si se eleva. En caso de que no, realizaremos la maniobra frente-mentón para abrir su vía aérea. Si vemos que respira lo pondremos en posición lateral de seguridad.

En el caso de no respirar comprobaremos el pulso sobre la carótida durante 5 segundos y en caso de no encontrarlo lo primero que haremos es pedir ayuda (112) y comenzaremos con las maniobras de RCP con 30 compresiones centro torácicas y 2 ventilaciones. Haremos ciclos de 2 min hasta comprobar de nuevo pulso.

En caso de contar con un desfibrilador en un lugar próximo (grandes almacenes, supermercados, etc.) se lo colocaremos y nos guiaremos por sus indicaciones. En caso de tratarse de un ritmo desfibrilable el aparato lo detectará y administra un choque eléctrico (desfibrilación) y en caso de que no sea, continuaremos con las maniobras de RCP hasta que lleguen los servicios sanitarios. No detendremos la actuación de masaje cardiaco y ventilaciones hasta que llegue el recurso avanzado o recupere respiración.

Hablamos de ritmos desfibrilables la Fibrilación Ventricular y la Taquicardia Ventricular Sin Pulso y ritmos No desfibrilables la Asistolia y Disociación Electromecánica, en la que hay registro electrográfico pero sin existencia de signos hemodinámicos.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante reconocer una PCR y saber el protocolo de actuación ante la misma, desde el punto de vista profesional como del resto de la población, ya que desde un inicio precoz de una reanimación básica puede disminuir los riesgos de secuelas de la misma y poder aumentar las posibilidades de éxito ante la llegada de los servicios sanitarios para poder llevar a cabo unas técnicas avanzadas aplicando terapias eléctricas y farmacológicas.

Por eso la necesidad de inculcar a la población de la calle unos conocimientos básicos para poder prestar auxilio con un Soporte Vital Básico para que pueda ser seguido de forma Avanzada por los sanitarios de emergencias, ya que el primer eslabón de la cadena comienza con una detección precoz y unas maniobras de resucitación de forma inmediata.

6 Bibliografía

1. American Heart Association (AHA). Guidelines for cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency cardiac care (ECC). JAMA 1992; 268: 2.171-2.295.
2. Ruano M, Perales N (eds). Manual de soporte vital avanzado. Comité Español de RCP. Plan nacional de resucitación cardiopulmonar de la SEMIUC. Barcelona:MASSON, 19.

Capítulo 33

ENFERMERÍA Y LA TERAPIA CON CÉLULAS CAR-T

ALICIA PERAIRA MORAL

HERNÁN GARCÍA-OCHOA SEGUIDO

LAURA GARCÍA PUÑAL

FABIOLA MARTÍNEZ ÁVILA

ALICIA MANRIQUE RUIZ

1 Introducción

La terapia CAR-T se basa en la modificación genética de los linfocitos T autólogos para expresar un antígeno que identifique a las células cancerígenas y las destruya.

Los CAR-T pueden ser autólogos, creados a partir de linfocitos T del paciente o alogénicos, que serían creados a partir de células de un donante.

La mayoría de los CAR-T son autólogos lo que conlleva la extracción de linfocitos T del paciente mediante aféresis. Después estas células son manipuladas genéticamente y por último se administran al paciente. Previo a la infusión de células tendrá que pasar por un proceso de linfodepleción para permitir que los CAR-T se expandan in vivo.

Con este tratamiento pueden darse toxicidades potencialmente graves, lo que obliga a un tratamiento de soporte adecuado y a una monitorización estrecha en entornos controlados.

La rápida proliferación in vivo de las células CAR-T tras su infusión presenta efectos adversos específicos importantes. Se destacan por su frecuencia y peculiaridad síndrome de liberación de citoquinas (SLC) y el síndrome de neurotoxicidad asociada a células inmunoefectoras (ICANS)

El papel de las enfermeras para la detección precoz y el manejo de las toxicidades es fundamental para los pacientes que reciben terapia CAR-T. Por ello es importante la buena formación de todo el quipo implicado en la técnica.

2 Objetivos

Describir los cuidados de enfermería desde la obtención de linfocitos T hasta el manejo de las toxicidades tempranas más frecuentes post-infusión CAR-T.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo científico se ha realizado una búsqueda y revisión bibliográfica en las bases de datos Google. Se han consultado artículos en la web GETH y en artículos de osakidetza. Palabras clave usadas para la búsqueda han sido: "cuidados enfermería CAR-T", linfodeplectivo, toxicidades CAR-T. Los artículos consultados no han sido filtrados por límite de tiempo y su idioma es el español.

4 Resultados

Consideraciones Generales:

El proceso de Terapia CAR-T incluye seis etapas consecutivas: acogida y valoración, leucoaféresis, producción celular y terapia puente, tratamiento linfodeplectivo, infusión de linfocitos T modificados, seguimiento y vigilancia activa.

1. Obtención de linfocitos T

Se realizará aféresis de la propia sangre del paciente para obtener los linfocitos T que posteriormente serán modificados genéticamente.

2. Fase pre CAR-T: quimioterapia linfodeplectiva

Previo a la infusión de linfocitos T modificados, hay que administrar un tratamiento de quimioterapia que tiene como objetivo eliminar la mayor cantidad posible de linfocitos del paciente.

Existen diferentes esquemas de quimioterapia que se podrán adaptar en función de las características del paciente, tipo de enfermedad, tratamientos previos o

recomendaciones específicas de los fabricantes del producto celular.

3. Infusión CAR-T

3.1 El personal de enfermería comprobará la permeabilidad del catéter.

3.2 Premedicar al paciente antes de la infusión según pauta médica. El paciente permanecerá monitorizado durante todo el proceso.

3.3 Se realizará comprobación de la identificación del paciente y el producto celular y se rellenará la hoja de infusión correspondiente.

3.4 Monitorizar constantes vitales antes, durante y al finalizar el procedimiento.

4. COMPLICACIONES POST CAR-T:

Las complicaciones pueden aparecer desde las 24 horas post-infusión hasta 8 semanas después.

Las más frecuentes son:

4.1 Síndrome de liberación de citoquinas

Es la toxicidad más común después de la infusión de la terapia CAR-T

La fiebre es el signo distintivo del SLC y se acompaña de otros síntomas como taquicardia, escalofríos, mialgias, artralgias, malestar óseo y fatiga. También puede presentarse disnea, hipoxia, dificultad respiratoria, coagulopatía y disfunción cardíaca, renal y hepática. Suele aparecer entre el primer día y dos semanas después de la infusión.

Se debe controlar a los pacientes diariamente durante al menos los 10 primeros días tras la infusión para detectar precozmente los signos y síntomas de SLC

4.2 Toxicidad neurológica (ICANS):

La toxicidad neurológica es el segundo evento adverso más común después de la infusión de las células CAR-T. Es un proceso patológico que afecta al sistema nervioso central tras la administración de un tratamiento inmunológico que produce activación de las células T infundidas. Las toxicidades neurológicas causadas por las células CAR-T son diversas, desde leves a muy graves.

Los síntomas pueden incluir: disminución de la atención, desorientación, ansiedad, confusión, temblores, ataxia, afasia, delirio, alucinaciones, deterioro cognitivo, parálisis nerviosa focal, déficits motores o sensoriales, mioclonías, somnolencia, obnubilación, convulsiones, edema cerebral, encefalopatía, etc.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento de células CAR-T es un procedimiento de inmunoterapia celular indicado en algunos tumores hematológicos, los más comunes son:

- Leucemia linfoblástica aguda.
- Linfomas no Hodgkin.

- Mieloma múltiple.

La aplicación clínica de esta técnica que combina terapia celular y genética se ha demostrado especialmente eficaz en los diagnósticos citados.

Las células T son células del sistema inmunitario que se forman a partir de células madre en la médula ósea. Su función principal es la de proteger al organismo frente a infecciones, pero también pueden combatir contra células cancerígenas. La terapia con células CAR-T consiste en modificar genéticamente estas células inmunes para que sean capaces de destruir de manera más eficaz a las células tumorales.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Protocolo clínico para el manejo de los efectos adversos graves en pacientes tratados con medicamentos que contienen células T CAR (chimeric antigen receptor) anti-CD 19 (CART-19). 8 de mayo 2019. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/farmacia/pdf/20190508_Protocolo_manejo_efectos_adversos_CAR_T.pdf. Último acceso: 18 octubre 2022.
2. Pérez-Simón, J.A. (Coord). Terapia celular con linfocitos CAR-T: presente y futuro. Disponible en <https://farmacosalud.com/wp-content/uploads/2020/10/Terapia-celular-con-linfocitos-CAR-T-presente-y-futuro.pdf>. Último acceso: 18 octubre 2022.
3. Mahmoudjafari Z., Hawks K.G., Hsieh A.A., Plesca D., Gatwood K.S., Culos K.A. American Society for Blood and Marrow Transplantation Pharmacy Special Interest Group Survey on Chimeric Antigen Receptor T Cell Therapy Administrative, Logistic and Toxicity Management Practices in the United States. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2019; 25(1): 26-33.
4. Los-Arcos I., Iacoboni G., Aguilar-Guisado M., et al. Recommendations for screening, monitoring, prevention and prophylaxis of infections in adult and pediatric patients receiving CAR T-cell therapy: a position paper. *Infection*. 2021; 49(2): 215-231.
5. Montoro-Lorite M., Ruíz Pato J. (coord.). Guía de cuidados de Enfermería para Pacientes que reciben Terapia CAR-T. Grupo Español de Trasplante Hematopoyético y Terapia Celular (GETH-TC). 2022. 31-45

Capítulo 34

ENFERMERÍA HABLA SOBRE LA INTERVENCIÓN DEL DIAGNÓSTICO A UN PACIENTE CON ANOREXIA NERVIOSA

ALICIA PERAIRA MORAL

HERNÁN GARCÍA-OCHOA SEGUIDO

LAURA GARCÍA PUÑAL

FABIOLA MARTÍNEZ ÁVILA

ALICIA MANRIQUE RUIZ

1 Introducción

Los llamados trastornos de la conducta alimentaria son aquellas patologías que contienen como características principales un comportamiento que se distorsiona de la alimentación en un punto extremo de preocupación por la imagen y el peso corporal. Aquellos que se encuentran afectados hacen esfuerzos enormes por bajar el peso ponderal y muchos de ellos mantienen durante largas temporadas que tengan problemas de hábitos de la alimentación.

Estos trastornos, al mantenerse en el tiempo se cronifican, se representan de forma principal en la anorexia nerviosa. En los últimos veinte años, esta patología se ha argumentado como importante entre los adolescentes y los niños por las

nuevas tendencias en la moda y la creación de nuevos estándares de belleza que se unen a patrones nuevos de alimentación que aparecen en redes sociales, convirtiendo en blanco fácil a personas con tendencia a padecer este trastorno. Esta enfermedad tiene una etiología desconocida, se cree que es multifactorial con un fuerte componente de carácter genético, influyendo el metabolismo de la persona, el carácter social de esta, hormonal, sexual, la forma que tenga en expresar los sentimientos y emociones, si presenta o no un historial de abusos y maltratos en la familia o de perfeccionismo familiar sobre todo femenino que pueda convivir con algún tipo de trastorno psiquiátrico de tipo depresivo o de ansiedad o con una personalidad obsesiva compulsiva o la falta de control de impulsos.

2 Objetivos

Describir e indicar un caso clínico para exponer el diagnóstico de la enfermedad por parte del equipo de enfermería de los centros hospitalarios

3 Caso clínico

Alicia tiene 23 años, hace 14 meses que viene experimentando una pérdida de peso, ha llegado a bajar por debajo de su índice de masa corporal, su familia está preocupada porque aparte de bajar peso hace ejercicio de forma excesiva y su ingesta de alimentos no la controlan porque siempre come fuera de casa por trabajo, el padre ante la preocupación por la pérdida de peso se ha acercado al lugar de trabajo de Alicia y allí le han dicho que no come, que siempre come en casa y que algunas veces la han visto mascar hielo, que estaban preocupadas por ella, pero ella siempre insiste en que la está cambiando el metabolismo y que su alimentación es correcta, aunque llevaba un tiempo a dieta.

En su casa la habían llamado la atención en varias ocasiones y la han obligado a ir a la consulta del psiquiatra, esta niega tener ningún problema, afirma que bajo ningún concepto va a aumentar de peso, que todavía tiene que adelgazar a algunos kilos, la han pillado en la mentira diciendo que come en un sitio y en otro cuando no come en ninguno y se mantiene a base de manzanas que es la única comida que ingiere a lo largo de todo el día.

Ante la presión familiar acepta un ingreso voluntario con un pacto de peso a alcanzar entre la paciente y el centro de media estancia que no alcanza con éxito y abandona siguiendo una terapia y un seguimiento externo errático durante años hasta que consigue alcanzar a los seis años tras un deterioro físico importante

de otras enfermedades tomar conciencia de la enfermedad y volver a ingresar voluntariamente, esta vez con buenos resultados.

4 Discusión-Conclusión

El gran problema de esta enfermedad es metal, por eso está denominado dentro de las psicopatologías, dentro del programa de ingreso en la unidad de media estancia, se recomienda el ingreso voluntario, la primera media para que el tratamiento funcione es a base de terapia cognitivo-conductual y de realizar hábitos de conductas alimentarias saludables, hay que recordar a los profesionales que el ingreso se puede realizar por orden judicial si se observa peligro para la vida del paciente, se puede solicitar al juzgado el ingreso del paciente para hidratar y someterle a la obligación de alimentarlo aunque este método es un parche porque no suele funcionar ni a medio ni a largo plazo.

5 Bibliografía

Staudt, M. A., Rojo, N. M., & Ojeda, G. A. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa. Revisión bibliográfica. Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina [Revista en Internet], 156, 24-30.

Capítulo 35

ATENCIÓN AVANZADA DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON ENFERMEDAD CEREBRAL O ICTUS

CLAUDIA LERIN PEREZ

VERONICA DÍAZ ROSILLO

MARIA LASHERAS CACHO

LAURA LOPEZ BLASCO

SARAY JIMENEZ ALAVA

1 Introducción

Un ictus o accidente cerebrovascular es aquella patología resultante de una obstrucción o rotura de un vaso sanguíneo que irriga el cerebro. Como consecuencia, las células dejan de recibir el oxígeno necesario para trabajar adecuadamente, provocando, si se alarga en el tiempo, una necrosis del tejido cerebral, edema y aumento de la presión intracraneal.

En el año 1970, la OMS (Organización Mundial de la Salud), describió el ictus como “el rápido desarrollo de síntomas y/o signos clínicos de alteración focal de la función cerebral, que dura más de 24 horas o lleva a la muerte sin causa aparente que no sea la de origen vascular”.

Según la publicación del INE (Instituto Nacional de Estadística) de defunciones anuales en el año 2021, la causa por accidente cerebrovascular ocupa el tercer

lugar con 24.858 fallecimientos, de los cuales 11.004 pertenecen al sexo masculino y 13.854 al sexo femenino.

A pesar de los avances en programas de detección precoz de síntomas, campañas de prevención primaria y mejora de medidas terapéuticas como Unidades de Ictus, trombectomía mecánica o fibrinólisis, la incidencia sigue creciendo.

Se prevé que este número se incremente hasta un 35% del año 2015 al 2039. Esto es debido principalmente al envejecimiento, asociado a un aumento de la esperanza de vida, y a los cambios de hábitos saludables (sedentarismo, consumo de ultraprocesados, tabaco, alcohol, estrés...).

Se ha calculado que 2 de cada 3 personas que padecen un ictus sufren secuelas que les afecta a la movilidad, al habla, a la visión, audición... lo cual supone un trastorno a nivel cognitivo/emocional y en la calidad de vida. En caso de que el paciente se encuentre en edad laboral, esto conllevará una pérdida de productividad, necesidad de rehabilitación y de cuidados y, por lo tanto, un mayor uso de recursos que el resto de la población.

La revista ANALES del Sistema Navarro de Salud publicó en agosto de 2021 un artículo en el que se realizaba una revisión sistemática sobre la prevalencia e incidencia de ictus en Europa. Los datos que recogieron databan del 1 de enero de 2010 al 31 de agosto de 2019. Concluyeron que la incidencia europea era de aproximadamente 1'1 millones de habitantes y que se había producido un aumento en los últimos años, lo cual puede asociarse a un mayor envejecimiento de la población. En España se estima que puede ser de entre 120-350 casos por cada 100.000 habitantes/año.

Nos encontramos ante una situación un tanto conflictiva, ya que, aunque actualmente la mortalidad y los casos de discapacidad han disminuido, la incidencia va a continuar aumentando. Se ha visto que hasta un 90% de los casos podrían llegarse a evitar con una correcta prevención y modificación de los factores de riesgo.

El 85% de los accidentes cerebrovasculares son de origen isquémico. El 15% restante lo son hemorrágicos. El diagnóstico diferencial se realizará mediante TAC o resonancia magnética.

La isquemia cerebral puede ser debida a una trombosis o una hipoperfusión sistémica. Esas embolias pueden generarse por placas de ateroma desprendidas en la bifurcación de las arterias carótidas, o por trombos procedentes del corazón debido a arritmias cardíacas como la fibrilación auricular o valvulopatías que obstruyen las arterias cerebrales.

El daño cerebral siempre será tiempo dependiente, ya que cuanto más se tarde en recuperar la circulación, el tiempo sin aporte de oxígeno y nutrientes en nuestro

cerebro será mayor, y con ello el daño.

Los accidentes de tipo isquémico se pueden clasificar de distintas maneras:

- Establecido: persiste el déficit neurológico dejando secuelas. Deben pasar 24 horas sin cambios en el caso de etiología carotídea o 72 horas si es vertebrobasilar.
- Progresivo: la sintomatología va aumentando durante las primeras horas.
- Accidente isquémico transitorio (AIT): es un déficit neurológico de duración menor a 24 horas y que se resuelve sin dejar secuelas.
- Déficit neurológico isquémico reversible (DNR): dura más de 1 día pero desaparece antes de 5-6 semanas.

Según la localización:

- Completo de la circulación anterior: TACI (arteria cerebral media o arteria cerebral anterior).
- Parcial de la circulación anterior: PACI
- De la circulación posterior: POCI
- Ictus lacunar: LACI.

Con respecto a los ictus de tipo hemorrágico, estos son consecuencia de la rotura de un gran vaso cerebral, llevando a la extravasación sanguínea fuera del lecho vascular.

Las más frecuentes son la hemorragia subaracnoidea y la intraparenquimatosa.

Por cada minuto en el que el cerebro deja de recibir el aporte sanguíneo necesario mueren 1'9 millones de neuronas. Lo que en una hora implica la muerte de 120 millones de neuronas. Por lo tanto, un ictus es una situación de urgencia y se debe concienciar a la población de la importancia del reconocimiento precoz de esos síntomas característicos.

La clínica suele manifestarse de manera súbita y repentina. Estas manifestaciones pueden variar según el área del cerebro que se afecte:

- Variación brusca en el lenguaje, imposibilitando la capacidad de hablar o comprender lo que dicen. Puede ser disartria, afasia sensitiva o afasia motora.
 - . Disartria: el paciente comprende lo que se le dice, pero hay una alteración en los órganos efectores del habla, con dificultad en la articulación.
 - . Afasia sensitiva o de Wernicke: el paciente no es capaz de comprender el lenguaje. Habla de forma fluida y espontánea, pero de manera no legible. Ocurre cuando se afecta el lóbulo temporal.⁹
 - . Afasia motora o de Broca: el paciente comprende, pero no es capaz de expresarse. No hay fluidez ni es capaz de repetir. Cuando se lesiona el lóbulo frontal.
- Disminución de la sensibilidad y fuerza en un hemicuerpo (el contrario al lado del cerebro afectado). Generalmente, se ve afectada sobre todo la cara (desviación de la comisura labial como signo de alarma) y extremidades.

- Cefalea profunda.
 - Pérdida repentina del equilibrio y coordinación.
 - Alteración en la visión, diplopía o incapacidad de distinguir un objeto en el lado del campo visual afectado.
 - Disminución del nivel de conciencia y alteración de las constantes vitales.
- La inmediatez en el tratamiento es una de las claves del éxito.
- La escala Cincinnati es una herramienta que nos permite identificar fácilmente la existencia de un posible ACV. Valora la asimetría facial, la disminución de fuerza en las extremidades superiores y la alteración del lenguaje.
- En los últimos años, se han realizado campañas publicitarias basadas en la Escala Cincinnati para que la población sea capaz de identificar esta clínica con rapidez. Pero está claro que, si se quiere conseguir un éxito rotundo en la minimización de los daños en por ACV, hay que trabajar en la prevención primaria.

2 Objetivos

- Objetivo general:
Da a conocer la efectividad de la enfermería en el paciente con ictus o accidente cerebrovascular en la actualidad.
- Objetivos específicos:
 - Describir las novedades y evidencias más relevantes de la enfermería en los cuidados al paciente con ictus.
 - Analizar el papel de la enfermera en la Unidad de Ictus en los cuidados al paciente con accidente cerebrovascular.
 - Relacionar los aspectos más relevantes que influyen en el pronóstico del paciente con ictus.

3 Metodología

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica utilizando diferentes bases de datos como PubMed, Enfispo y Dialnet.

Para la obtención de información se utilizaron las palabras clave: ictus, enfermería y cuidados.

Los criterios de inclusión fueron: artículos publicados en los últimos 10 años; textos completos y gratuitos (free full text) y aquellos publicados en español o inglés.

Con los filtros seleccionados se obtuvieron 55 artículos, de los cuales tras la lectura del título y resumen fueron seleccionados.

Los textos que fueron descartados fueron bien, porque el título no se ceñía al tipo de revisión que estaba llevando a cabo o por repetición en la temática del estudio, seleccionando el más actualizado hasta la fecha.

4 Resultados

Queda clara la importancia del trabajo a realizar en la prevención primaria del ictus. Sabemos que la prevención es un pilar en el que la enfermería juega un papel fundamental. Pero cuando el ACV ya se ha manifestado, el tiempo es oro, y aquí la profesión enfermera también tiene una función esencial.

En un artículo en el que se analizaron los factores relacionados con el tiempo prehospitario sobre la atención al ictus, obtuvieron resultados en los que concluían que, solamente, un pequeño porcentaje de la población se beneficiaba de los tratamientos de perfusión. Por ejemplo, en España, tan solo un 7'6 % recibía tratamiento fibrinolítico, un 3% más que en el resto de la población europea.

Examinando esas cifras, se puede deducir que el problema se halle en que el paciente no solicite la asistencia sanitaria de forma inmediata.

En este estudio, se clasifican diferentes agentes que conllevan a una activación tardía del código ictus, los cuales son:

- Sociodemográficos:

Ser mujer y vivir solo se asocian con un mayor tiempo prehospitario. Mientras que tener estudios medios/superiores y ser menor de 65 años se relaciona con un menor tiempo prehospitario.

- Clínicos:

La fibrilación auricular, antecedentes de ACV y enfermedades cardiovasculares favorecen la activación de los sistemas de emergencias. Mientras que, patologías como la diabetes la retrasan. Síntomas como la afasia y la pérdida de fuerza llevan rápidamente a encender la de alarma. Y esto puede ser debido al hincapié que se ha realizado mediante campañas de sensibilización dirigidas a la población.

- Contextuales:

El hecho de que el ictus se presente por la noche por un lado favorece la asistencia, debido a una mayor impresión de urgencia; pero también retrasa la activación de los sistemas de emergencia por la ausencia de testigos. También, el hecho de vivir en un medio rural, el peor acceso y la mayor distancia al hospital se relaciona con un mayor tiempo prehospitario.

- Conductuales:

Se ha visto que, un primer contacto con el médico de atención primaria en lugar de llamar directamente a los servicios de emergencia, también se relaciona con

un retraso en la actuación.

No todos hospitales cuentan con una Unidad de Ictus. La Unidad de Ictus es aquel servicio de cuidados agudos no intensivos, situado en el área de Neurología de un hospital de referencia, con un número de camas limitado, con equipos de monitorización continua y compuesta por un equipo multidisciplinar y cualificado en materia del cuidado del paciente con ictus. La finalidad de estas unidades es coordinar la asistencia al paciente con el objetivo de mejorar los tiempos de actuación y poder proporcionar al enfermo una terapia de reperusión (fibrinólisis, trombectomía mecánica, craneotomía descompresiva).

En 2017 se realizó un estudio en el que se comparaban los resultados del tratamiento del ictus entre hospitales con Unidad de ictus y sin Unidad de Ictus; y se observó que, en España, existía una diferencia notable entre ellos.

Para realizar el estudio se utilizaron como centros con Unidad, el Hospital Ramón y Cajal y el Complejo Hospitalario de Pamplona. Por otro lado, se escogieron el Hospital de Jaén, el de Serranía de Ronda, San Jorge de Huesca y Complejo Asistencial de Salamanca como hospitales con equipo de ictus, pero sin unidad. Describiendo esos equipos como, un grupo interdisciplinar que participa en el diagnóstico y tratamiento del ACV dirigidos por un neurólogo experto.

En todos ellos se establecía el protocolo de activación del código ictus, tanto extrahospitalaria como intrahospitalariamente y la ratio enfermera/paciente era el mismo. Pero en los hospitales comarcales, la guardia del neurólogo era de localizada.

Se llegó a la conclusión de que, en los hospitales con Unidad de Ictus, los tiempos de respuesta eran mejores y la frecuencia de fibrinólisis y de terapias de reperusión era mayor. Se observó que, los centros sin unidades no remitían a los pacientes a los hospitales con unidades apropiadas. Ello pone de manifiesto, que quizás sea necesaria una revisión y reestructuración de los procedimientos para que todos los pacientes con ACV puedan recibir un tratamiento óptimo derivándose si es necesario a un hospital con Unidad de Ictus.

Ya sabemos que, en la fase prehospitalaria, el objetivo es perder el mínimo tiempo posible a la hora de empezar el tratamiento de reperusión. La escala Cincinnati es una herramienta que nos ayuda a valorar la existencia de la patología. El artículo “Manejo del Ictus. Tratamientos y cuidados específicos de enfermería en la Unidad de Ictus”, hace referencia a nuevas tecnologías de telemedicina o teleictus que permitan tratar al paciente mediante trombólisis en un hospital comarcal a través de la atención remota de un neurólogo vascular en un centro terciario de ictus. Trasladando, posteriormente al paciente para el ingreso en una Unidad de Ictus.

Una vez ya el paciente en el ámbito hospitalario y con la sospecha de ictus agudo, lo primero a realizar será un TAC sin contraste. Aquellos hospitales que ya cuentan con un equipo interdisciplinar favorecen el tratamiento, ya que cuentan con una enfermera que puede administrar el tratamiento in situ en la sala del scanner. En primer lugar, se recibe al paciente y se realiza una primera valoración rápida y en la que se miden la glucosa y la tensión arterial, normalizando los valores si es necesario. Se canalizan dos vías venosas periférica, una en cada brazo y se extrae una analítica. Tras realizar la prueba de imagen, si no hay contraindicación se inicia el tratamiento de fibrinolisis intravenosas con una dosis de 0'9 mg/kg. El 10% se administrará en bolo, y el resto en infusión continua durante 60 minutos. Si el resultado de la prueba de imagen muestra una oclusión arterial; se realizará un tratamiento de reperfusión mediante la canalización de un acceso femoral llegando a la arteria obstruida para extraer el trombo.

A continuación, se llevará a cabo el ingreso en la Unidad de ictus. Según el artículo de la revista de neurología sobre el "Manejo del ictus agudo", estas unidades dirigidas por un equipo interdisciplinar reducen la mortalidad en un 17% y la dependencia y reincidencia en un 25%.

Según la Organización Europea de Ictus, para llevar a cabo unos cuidados enfermeros excelentes, la ratio enfermera/paciente debería ser de 1:2, pero en España lo habitual es de 1 enfermera para 4 o 6 camas.

Hay que tener en cuenta que no todos los pacientes son susceptibles de recibir un tratamiento de reperfusión en la fase aguda y un posterior ingreso en la Unidad de ictus. Los criterios de inclusión son:

- Menos de 48 horas de evolución.
- Clínica mayor de 48h siempre y cuando sean ictus oscilantes o inestables.
- Accidente isquémico transitorio de alto riesgo.
- Pacientes con hemorragias subaracnoideas que no cumplan criterios para ingresar en UCI.
- Preferencia ictus de menos de 6 horas de evolución.

En estas unidades es fundamental la monitorización de constantes vitales.

- La corrección de las cifras de TA disminuye el edema cerebral y el riesgo de sangrado, aunque una disminución excesiva puede reducir la reperfusión de la zona de penumbra y aumentar el área isquémica. Se recomienda un control cada 15 minutos durante las 2 primeras horas; cada 30 minutos durante las siguientes 6 horas y cada 60 minutos las siguientes 24 horas o hasta la realización del TAC. Las cifras ideales son menos de 180/105 mmHg tras tratamiento de reperfusión y menos de 140 mmHg de TAS en caso de hemorragia intracraneal. Los fármacos más utilizados para tratar la HTA son labetalol y urapidilo, bien en bolo o en

perfusión continua.

- La temperatura se debe registrar cada 4-6 horas durante los primeros 3 días. La presencia de fiebre duplica el riesgo de mortalidad y debe ser tratada precozmente identificando las posibles causas. No se recomienda el tratamiento con antibiótico empírico salvo la existencia de signos claros de infección.
- Unas cifras de glucemia superiores a 180 mgr/dl se relacionan con riesgo de edema cerebral y aumento de mortalidad. Se tendrá que registrar cada 4-6 horas durante 48 horas.

La disfagia es una complicación habitual y su tratamiento y detección precoz puede reducir el riesgo de aspiración. Según un estudio de la revista científica de la sociedad española de neurología, más del 60% de los pacientes que padecen un ictus, tienen disfagia.

Tras sufrir un ACV, el paciente debe permanecer en dieta absoluta entre al menos 6-12 horas. Después, enfermería realizará la prueba de volumen-viscosidad previo al inicio de la ingesta oral para garantizar una deglución segura y eficaz. Este test se realizará si Glasgow es mayor que 11, el paciente está alerta y comprende. Las ingestas tendrán que hacerse en posición de Fowler con el cuello ligeramente flexionado introduciendo pequeñas cantidades por el lado que no esté afectado, comprobando al finalizar que no queda comida restante en la boca. Evitar tumbar al paciente inmediatamente, esperando al menos 30 minutos tras la ingesta. El tipo de dieta se elegirá según el resultado de la prueba volumen-viscosidad. En caso de disfagia severa, puede ser necesaria la colocación de una sonda nasogástrica.

Con respecto a la eliminación, es frecuente el estreñimiento, generalmente relacionado con la inmovilización. Puede ser necesario el uso de laxantes y se recomienda la movilización precoz. Evitar la realización de sondaje vesical, salvo en casos de retención aguda de orina o control de diuresis estricto.

Es importante una buena higiene oral para minimizar el riesgo aspiración. También habrá que prevenir la aparición de úlceras por presión mediante el uso de colchones antiescaras y estimulando una movilización precoz. Resulta primordial la evaluación por turno del estado de la piel, proporcionando una correcta hidratación e higiene.

Las primeras 48 horas tras el tratamiento de reperfusión o fibrinólisis habrá que realizar una evaluación neurológica cada 4 horas. Pasadas esas 48 horas la evaluación se realizará por turno hasta las 72 horas y posteriormente cada 24 horas hasta el alta. Se utilizará la escala de Glasgow y la escala canadiense. En caso de hallarse empeoramiento, tendrá que realizarse un escáner urgente.

La valoración por parte del equipo multidisciplinar para comenzar una movi-

lización precoz debe de realizarse alrededor de las primeras 48 horas. Si el paciente se encuentra estable hemodinámicamente podrá iniciarse la sedestación según tolerancia. En este momento, la actuación del fisioterapeuta es esencial. Se va a encargar de llevar a acabo un entrenamiento muscular, reestablecer la flexibilidad y valorar la discapacidad e independencia para las actividades básicas de la vida diaria.

Al alta, la atención será ambulatoria o en domicilio según las capacidades del paciente. Aquel que no tenga un déficit cognitivo, con una discapacidad leve/moderada y que cuente con apoyo familiar, recibirá la rehabilitación de manera ambulatoria. La rehabilitación domiciliaria se dirigirá a aquellos con una discapacidad grave y que no tengan posibilidades de desplazamiento. Deberán contar con ayuda sociofamiliar para poder estar en casa. Las residencias y centros de larga estancia se habilitarán para aquellos que sean completamente dependientes en las actividades básicas de la vida diaria.

Durante todo el ingreso la educación sanitaria en mecanismos de prevención y mejora de los estilos de vida son fundamentales y forman parte del papel de la enfermería. Al alta, el paciente debe estar preparado para enfrentarse a esta nueva oportunidad que le ha brindado la vida. Consiguiendo que sea lo más autónomo e independiente que se pueda. Será necesario ponerse en contacto con su centro de atención primaria para realicen una primera evaluación clínica, en la que se repasen los objetivos de prevención secundaria, revisen los tratamientos y se asegure una adecuada comprensión terapéutica. Allí realizarán un adecuado plan de cuidados individualizado y de rehabilitación si lo precisa.

5 Discusión-Conclusión

El papel de la enfermería junto con un equipo multidisciplinar en la Unidad de Ictus es fundamental en el tratamiento y cuidados al paciente con un accidente cerebrovascular.

El tiempo prehospitalario juega un papel importante en la salud de la persona y secuelas que a esta le pueden quedar.

Hay que hacer hincapié y fomentar campañas de concienciación para que toda la población conozca los síntomas iniciales de un ictus y de esta manera ganar tiempo, y poder beneficiarse de un tratamiento de reperusión.

Todavía hay circunstancias inherentes al paciente, como el entorno en el que vive, la edad y el apoyo familiar, que provocan un retraso en la atención sanitaria. Por lo que una medida a determinar sería una justa y correcta distribución de los centros con Unidad de Ictus.

Es importante que, al alta, el paciente haya ganado en lo máximo posible la mayor independencia para realizar las actividades de la vida diaria. Para ello, es primordial la intervención precoz del rehabilitador y fisioterapeuta. Por otro lado, ya desde el hospital debemos trabajar educando en medidas de prevención, para que no tenga lugar un nuevo accidente cerebrovascular. Al alta, habrá que ponerse en contacto con su centro de atención primaria para que continúen con el seguimiento del paciente.

El ictus es una patología con una gran incidencia y repercusión. En nuestras manos está que cada vez sea menor, y para ello debemos de trabajar en equipo a través de campañas de concienciación, charlas educativas y una atención y seguimiento adecuado al paciente. Comenzando desde el pilar más básico, como es la atención primaria.

6 Bibliografía

1. Villagrasa Alloza M, Suarez Gorris MP, Sanz Rosa J, Heredia Diez VB, Torralba Elía L, Torralba Elía M. Cuidados de enfermería al paciente con Ictus. RSI (Revista Sanitaria de Investigación) [Internet]. 2021 Dic. (consultado abril 2023). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-al-paciente-con-ictus/>.
2. Martín García MM. Revisión bibliográfica sobre cuidados enfermeros a pacientes hospitalizados con accidente cerebrovascular. Rev. Enfermería Cuidán-dote. 2022 Jul. 5 (3).
3. Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la causa de muerte más frecuente- Año 2021. Dispone en: <https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm>.
4. Pérez Menéndez A. Sociedad Española de neurología. 29 de octubre: Día Mundial del Ictus. 2017 Oct. Disponible en: <https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link223.pdf>.
5. El Atlas del Ictus España. 2019. Disponible en: https://www.sen.es/images/2020/atlas/Atlas_del_Ictus_de_Espana_version_web.pdf
6. García Lasheras J, Adell Ruiz R, Gil Mombiola B, Borobia Bonel R, Celiméndiz Ferrández I, Ibáñez Torres M. Unidad/ área de Ictus. RSI (Revista Sanitaria de Investigación) [Internet]. 2022 Jun. (consultado mayo 2023). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/unidad-area-de-ictus/>.
7. Soto Á, Guillén-Grima F, Morales G, Muñoz S, Aguinaga-Ontoso I, Fuentes-Aspe R. Prevalencia e incidencia de ictus en Europa: revisión sistemática y metaanálisis. Anales Sis San Navarra. 2022 Abr. 45(1).

8. Meléndez Sánchez E, Ortín Clavería JA, Onieva Martín M, Bartolomé Bartumeus A, Monserrat Cantera FJ, Cartiel Marina L. Valoración de las comorbilidades y tipos de ictus más frecuentes. RSI (Revista Sanitaria de Investigación) [Internet]. 2021 Abr. (consultado mayo 2023). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/valoracion-de-las-comorbilidades-y-tipos-de-ictus-mas-frecuentes/>.
9. García Redondo E, Llinares Massanet YM. Abordaje enfermero del ictus en Inglaterra. Enfermería Integral. Colegio Oficial de Enfermería de Valencia. 2021 Dic. 130 (46-49).
10. Soto Cámara R, González Bernal J, Aguilar Parra JM, Trigueros R, López Liria R, González Santos J. Análisis de los factores relacionados con el tiempo prehospitalario en la atención al ictus. Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. 2021. 33 (6): 454-463.
11. J. Masjuan, J. Gállego Culleré, E. Ignacio García, J.J. Navarro Soler. Resultados en el tratamiento del ictus en hospitales con y sin Unidad de Ictus. Rev. Sociedad Española de Neurología. 2020 Ene-Feb. 35 (1): 16-23.
12. Sanjuan E, et al. Manejo del ictus agudo. Tratamientos y cuidados específicos de enfermería en la Unidad de Ictus. Sociedad Española de Neurología [Internet]. 2020 Jul. (consultado mayo 2023). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485320302917?via%3Dihub>
13. Sebastián ML, Palomeras E, Clavé P, Monteis R, Fábregas C, Ciurana A, Vila R, Fossas P. La disfagia en el Ictus Agudo: actuaciones de enfermería. SEDENE [Internet]. 2009 (consultado abril 2023). 29. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-pdf-S2013524609700212>.
14. Terrén Portolés SI, Marco Villacampa E, Blázquez Añños L, Valero Barrios S, Morant Pablo A, Alcubierre Iriarte S. Test de disfagia en pacientes con ictus, cuidados de enfermería. RSI (Revista Sanitaria de Investigación) [Internet]. 2023 Feb. (consultado mayo 2023). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/test-de-disfagia-en-pacientes-con-ictus-cuidados-de-enfermeria/>.
15. Luis Monesma A, Botaya Audina AJ, Ledesma San Juan MI, Martínez León D, Molina Lasheras BL, Romeo Velilla J. Cuidados de enfermería y rehabilitación en pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular. RSI (Revista Sanitaria de Investigación) [Internet]. 2022 Ago. (consultado abril 2023). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-y-rehabilitacion-en-pacientes-que-han-sufrido-un-accidente-cerebrovascular/>.

Capítulo 36

MANEJO DEL PROLAPSO DE CORDÓN UMBILICAL

MARÍA CHICANO MARTÍNEZ

EVA ALONSO GUADAMILLAS

ANDREA GÁLLEGO ALISES

MARIA ISABEL SOLERA ABAD

PAULA HERRÁIZ PINO

1 Introducción

El prolapso de cordón es una emergencia obstétrica cuya incidencia es de aproximadamente un 0,3%. Se asocia con una alta mortalidad perinatal, encontrándose aproximadamente en un 25% en países subdesarrollados y en vías de desarrollo, y en un 8% en países desarrollados.

Para comenzar con el abordaje de esta emergencia obstétrica, es necesario distinguir distintos conceptos:

- Prolapso del cordón: el cordón está debajo del cuello uterino, independientemente de si se encuentran las membranas rotas o membranas intactas.
- Presentación del cordón: el cordón está por encima del cuello uterino, pero por debajo de la parte de la presentación fetal.
- Presentación del cordón compuesto: el cordón está por encima del cuello uterino.

Hay que ser consciente de que con todas existe riesgo, porque el cordón puede verse presionado o dañado por las contracciones, comprimiéndose entre la pared uterina y el feto.

Entre los factores que producen un mayor riesgo de prolapso de cordón, se pueden encontrar una mala presentación fetal, trabajo de parto prematuro, polihidramnios y algunos procedimientos obstétricos como versión cefálica externa o la amniotomía.

El resultado perinatal va a depender de los factores anteriormente mencionados, de la ubicación o el nivel de prolapso y de las diferentes maniobras utilizadas para aliviar la compresión del cordón.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es detallar la actuación profesional ante una urgencia como es el prolapso de cordón umbilical.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica a través de Pubmed, Uptodate y Cochrane Library.

La bibliografía seleccionada fue tratada con el gestor de referencias bibliográficas de Mendeley. Para la citación de estos artículos se siguieron las normas Vancouver.

4 Resultados

A menos que el parto vaginal sea inminente, la mayoría de los casos de prolapso del cordón requieren finalizar con una cesárea. La preparación para el parto por cesárea y la anestesia requiere algún tiempo, en el que hay que saber aliviar o prevenir la compresión del cordón, para reducir el riesgo de lesión cerebral hipóxica y posterior parálisis cerebral y mortalidad.

Se debe evaluar la frecuencia cardíaca fetal para decidir la urgencia de finalización del parto, y se debe monitorear continuamente mientras se prepara la cesárea.

El prolapso del cordón y el inicio de la hipoxia fetal, ocurre mucho antes del diagnóstico o del momento en el que se toma una decisión. El intervalo no es un predictor preciso de los resultados perinatales. No hay consenso sobre el intervalo óptimo entre la decisión y el parto; una mala correlación entre el intervalo entre la decisión y el parto, y, los resultados perinatales o de gasometría arterial del cordón umbilical.

Diferentes maniobras para elevar la presentación fetal y así, aliviar la compresión que tenga el cordón:

1) Elevación manual de la parte de presentación:

Reducir la compresión del cordón se puede realizar inmediatamente, mientras que se realiza el diagnóstico de prolapso del cordón umbilical. Es el método más directo y rápido, en comparación con otras maniobras, porque no requiere ninguna instrumentación.

El abordaje vaginal es desagradable para el paciente y laborioso para el profesional, especialmente durante el transporte. También es técnicamente difícil para empujar la parte de presentación fetal hacia arriba cuando esta se encuentra alta o cuando el feto está en posición transversal. Otro posible inconveniente es que puede crear más espacio para un mayor prolapso del cordón umbilical. También hay un potencial riesgo de compresión del cordón por el examen introducir los dedos en la vagina, especialmente cuando parte del cordón ya está fuera de la vagina.

2) Abordaje suprapúbico para elevar la presentación fetal.

3) Posición de Trendelenburg:

La mujer se coloca en una posición decúbito supino, pero con la cabeza más abajo que la pelvis, de modo que el feto tiende a irse hacia arriba por la fuerza gravitacional y se aleja del cuello uterino. La posición se puede realizar rápidamente si la paciente ya está en una cama ajustable. Una mayor inclinación de la cama puede ser más eficaz, pero está limitada por la incomodidad materna. Una inclinación de 15 grados sería suficiente y adecuada.

Cuando no se dispone de una cama ajustable, se pueden elevar las nalgas de la madre colocando una almohada gruesa o una cuña debajo de las mismas. Esta opción es más preferible que la elevación manual.

4) La posición rodilla-pecho:

Ha sido establecida como uno de los métodos más efectivos. Se puede ejecutar rápidamente sin necesidad de ningún equipo, por parte del paciente, de forma independiente. Por tanto, la posición rodilla-pecho, siempre que sea posible, debería ser la maniobra inmediata.

El inconveniente es que la posición puede resultar agotadora y difícil de mantener para una mujer embarazada; por lo tanto, es menos preferido si se prevé el transporte de larga distancia. Además, mantener la posición rodilla-pecho es difícil y puede ser dificultoso para aquellas mujeres que están bajo anestesia regional o que no cooperan en una emergencia. Cuando el cordón umbilical ya está fuera de la vagina, se requiere precaución adicional para evitar traumatismos en el cordón o estimular un vasoespasmio adicional.

5) El uso de agentes tocolíticos de acción corta:

En el prolapso del cordón umbilical su uso es discutible. Entre otros motivos, por su efecto hipotónico uterino, que puede provocar hemorragia posparto. Algunos autores y guías los recomiendan solo cuando las alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal persisten después de intentar prevenir la compresión del cordón mecánicamente.

Sin embargo, la tocólisis de acción corta puede ser un complemento útil en pacientes que están en trabajo de parto con contracciones uterinas regulares. En primer lugar, al realizar elevaciones manuales, los dedos del operador están actuando contra la fuerza uterina, que puede resultar en una lesión fetal como una fractura de cráneo. La tocólisis reduce la fuerza de contracción y, por lo tanto, reduce la fuerza necesaria para elevar la cabeza manualmente, reduciendo potencialmente el riesgo de lesión fetal.

En segundo lugar, las contracciones uterinas persistentes pueden empujar aún más el cordón extendido fuera de la vagina y la tocólisis puede reducir ese riesgo. En casos de prolapso del cordón umbilical con membranas intactas, relajar el útero también puede reducir el riesgo subsiguiente de ruptura de membranas. Se pueden administrar rápidamente agentes tocolíticos de acción corta como terbutalina (250 a 500 mg por vía intravenosa o subcutánea) o nifedipina (cápsula de 10 mg por vía sublingual).

Su efecto hipotónico es de acción corta y reversible con agentes uterotónicos eficaces. Por lo tanto, sería un método a tener en cuenta, a menos que el riesgo

de hemorragia postparto sea elevado y no se disponga de agentes uterotónicos.

Si se desea una mayor duración de la relajación uterina, por ejemplo, durante el transporte de larga distancia a un hospital, se puede utilizar un régimen repetido de nifedipina (cápsula de 10 mg por vía sublingual cada 15 minutos para un total de 4 dosis). Alternativamente, el atosiban también se puede administrar con una dosis de carga en bolo intravenoso de 6,75 mg durante 1 minuto, seguida de una infusión de carga a una velocidad de 18 mg / h, aunque es costosa y no está fácilmente disponible en países de bajos ingresos.

6) La reducción del cordón, o la devolución del cordón prolapso en la cavidad uterina:

Se practicó en las primeras décadas del último siglo, cuando el parto por cesárea todavía era un procedimiento de alto riesgo. Aunque podría ayudar a evitar el parto por cesárea, no mejoró el resultado perinatal. Por lo tanto, rara vez se realiza o es recomendado hoy en día.

Primero, es difícil reducir o devolver el cordón a través de un cuello uterino levemente dilatado. En segundo lugar, la manipulación del cordón puede causar compresión o vasoconstricción del cordón. En tercer lugar, el cordón reducido con éxito puede prolapsarse nuevamente o convertirse en una presentación compuesta del cordón.

Por lo tanto, no se recomienda a menos que hayan fallado otras maniobras o se esté realizando la cesárea urgente. Se limita a casos con un segmento corto de prolapso cordón, con al menos 4 centímetros de dilatación cervical. Además, el intento no debe durar más de 2 minutos.

Con todas estas maniobras que se describen en la literatura revisada, se establecen distintos algoritmos de actuación ante el prolapso de cordón:

- Algoritmo en el prolapso del cordón umbilical y membranas rotas:

La elevación manual de la cabeza fetal debe realizarse durante el examen vaginal cuando se realiza el diagnóstico. A continuación, se puede colocar al paciente en una posición de Trendelenburg de al menos 15 grados si está en una cama ajustable; de lo contrario, elevar los glúteos de la madre, colocando una almohada gruesa o cuña debajo del papel nalgas del paciente.

Se debe administrar tocólisis de acción corta en presencia de contracciones uteri-

nas para disminuir la compresión en cordón umbilical y prevenir una mayor proliferación del cordón. Si el cordón está fuera de la vagina, se realiza una envoltura cálida y húmeda para protegerlo de traumatismos y reducir el vasoespasmo debido al frío ambiente externo.

Postura de rodilla-pecho, si la gestante es cooperativa y móvil. Si el cambio de postura es difícil debido a la incapacidad para cooperar o el efecto anestésico o el cordón está fuera de la vagina, se debe realizar el llenado de la vejiga urinaria con 500 ml de solución salina normal mientras se espera el parto por cesárea. Si no se dispone de un catéter urinario, la alternativa sería una posición de Trendelenburg más pronunciada.

Algoritmo en el prolapso del cordón umbilical y membranas intactas:

Es de gran importancia evitar la rotura de membranas. Por lo tanto, se administrará la tocólisis inmediata para reducir la presión intrauterina y se darán instrucciones a las madres para que se abstengan de pujar. También es importante levantar las nalgas de la madre con cuña o almohadas o realizar la posición de Trendelenburg, de modo que se reduzca la posibilidad de que el cordón umbilical se prolapse en caso de ruptura repentina de membranas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la literatura científica evidencia que, a menos que el parto vaginal sea inminente, la mayoría de los casos de prolapso del cordón requieren la finalización mediante una cesárea. La preparación para el parto por cesárea y la anestesia requiere algún tiempo, en el que hay que saber aliviar o prevenir la compresión del cordón, para reducir el riesgo de lesión cerebral hipóxica y posterior parálisis cerebral y mortalidad.

Como aportación a la práctica clínica, resulta imprescindible la formación del personal en emergencias obstétricas que incluyan estas prácticas, ya que, de acuerdo a los distintos estudios revisados, la formación del personal y el establecimiento de un algoritmo de toma de decisiones es fundamental para lograr mejores tasas de bienestar fetal.

6 Bibliografia

1. L. Woog, MRCOG, A. Hoi Wan Kwan, MRCOG, S. Ling Lau, MRCOG, W. To Angela Sin, MRCOG, T. Yeung Leung, MD, FRCOG: umbilical cord prolapse: re-visiting its definition and management. 2021.
2. J.S. Moldenhauer, MD, Children's Hospital of Philadelphia: umbilical cord prolapse. Julio 2021.
3. M. Dahl Maher, E. Heavey: when de Cord comes first: umbilical cord prolapse. Marzo 2016. Vol.33. Num.2.
4. Siassakos D, Hasafa Z, Sibanda T, et al. Retrospective cohort study of diagnosis-delivery interval with umbilical cord prolapse: the effect of team training. BJOG 2009; 116:1089.
5. Gabbay-Benziv R, Maman M, Wiznitzer A, et al. Umbilical cord prolapse during delivery – risk factors and pregnancy outcome: a single center experience. J Matern Fetal Neonatal Med 2014; 27:14.
6. Gibbons C, O'Herlihy C, Murphy JF. Umbilical cord prolapse–changing patterns and improved outcomes: a retrospective cohort study. BJOG 2014; 121:1705.

Capítulo 37

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS CON MUCOSITIS ORAL

JAVIER MOLINA INIESTA

CARLOS MOLINA INIESTA

NURIA GOMEZ JARILLO

JOSE LUIS MOLINA INIESTA

MARIA ISABEL INIESTA TEBAR

1 Introducción

La mucositis oral se refiere a la aparición de lesiones eritematosas, úlceras e inflamación de las mucosas de los labios, boca, lengua y paladar blando. Es una de las principales complicaciones de la quimioterapia y la radioterapia que afectan a los pacientes oncológicos. Las células que componen la mucosa oral se dividen rápidamente y son muy sensibles al uso de agentes citostáticos. La aparición de este trastorno conduce a cambios en la calidad de vida del paciente. El dolor intenso y la dificultad para tragar son problemas comunes. Pueden ser necesarias intervenciones serias, como el uso de opioides, la necesidad de sondas nasogástricas e incluso el uso de nutrición parenteral. Existe una asociación entre condiciones previas de la cavidad oral y el desarrollo de mucositis. La mala higiene, las enfermedades dentales y las dentaduras defectuosas son factores de riesgo que deben

abordarse de manera profiláctica antes de iniciar el tratamiento del cáncer. Algo tan simple como una buena higiene oral puede ayudar a reducir la incidencia de mucositis. La evaluación de esta condición debe ser realizada por personal de enfermería dotado de las herramientas para hacer este trabajo más objetivo y completo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha creado una clasificación basada en la clínica y la capacidad del paciente para comer. La mucositis se clasifica en cinco estadios, teniendo en cuenta el estado de la mucosa oral y los cambios que provoca en el paciente.

-El grado 0 corresponde al estado normal de la mucosa.

-Grado 1 indica eritema generalizado, enrojecimiento de las mucosas, ausencia de dolor y dificultad para tragar.

-Grado 2 puede causar úlceras pequeñas y extensas. Hay dolor leve, pero la ingesta de sólidos sigue siendo la misma.

2 Objetivos

Conocer el plan de cuidados del personal de enfermería a pacientes oncológicos con mucositis oral que están ingresados en el hospital.

3 Metodología

Para elaborar este capítulo se realizó una búsqueda basada en una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática de libros y se hizo referencia a los artículos de las principales bases de datos relevantes, como Pubmed y Medline.

4 Resultados

Las enfermeras desempeñan un papel fundamental en la prevención, detección y planificación del tratamiento de pacientes con mucositis oral debida a tratamientos oncológicos.

El reconocimiento cuidadoso de la aparición de los primeros signos y síntomas es importante para el inicio temprano de un plan de cuidados. Muchas actividades deben llevarse a cabo para la prevención.

- Examen de rutina de la mucosa oral utilizando la escala de calificación de la OMS descrita anteriormente.

-Evaluación de salud bucal realizada por el paciente. Tomar medidas para reducir la placa bacteriana y los restos de alimentos puede ayudar a reducir la carga bacteriana y reducir la frecuencia y gravedad de la mucositis oral. El estado del paciente, el dolor, las náuseas y el desánimo pueden contribuir a una higiene oral subóptima. Los médicos deben recomendar el uso de un cepillo de cerdas suaves o de esponja, cepillarse después de cada comida y mantener una buena higiene del cepillo. Es importante usar una pasta de dientes con flúor suave y mantener la dentadura postiza limpia.

- Lubrica adecuadamente labios y mucosas.

- Identificar y evitar estímulos dolorosos como determinados alimentos y su temperatura.

Las opciones de tratamiento más utilizadas son:

- Crioterapia: El hielo se usa para inducir la vasoconstricción, reduciendo el flujo sanguíneo en el área. Las dosis en bolo como el 5-fluorouracilo también pueden reducir la cantidad que llega a las membranas mucosas, minimizando así los efectos secundarios. No tiene efecto sobre los citostáticos administrados en infusión continua.

- Acondicionador: No hay evidencia científica de su efectividad. Solo la bencidamina, un agente citoprotector con efectos analgésicos, antiinflamatorios y antibacterianos, mejora los síntomas de mucositis informados en pacientes irradiados con cáncer de cabeza y cuello. Hay pautas que recomiendan el uso de enjuagues de tomillo, manzanilla, bicarbonato y aspirador para reducir los síntomas.

- Anestésicos locales: Los enjuagues bucales que contienen lidocaína y xilocaína se incluyen en algunos protocolos como una opción para el manejo del dolor en este tipo de pacientes.

- Medicamentos: Se inicia tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINES), aunque puede ser necesario el uso de opioides para controlar el dolor. Para garantizar un tratamiento óptimo, recomendamos utilizar métodos de analgesia controlada por el paciente.

5 Discusión-Conclusión

La mucositis oral es una afección común en pacientes con cáncer que reciben quimioterapia o radioterapia que reduce significativamente su calidad de vida debido al dolor y los cambios en la dieta. Si no se tratan, estos síntomas pueden provocar complicaciones más graves, como infecciones locales o sistémicas, deshidratación, cambios en la dieta y sangrado. La atención del cuidador es fun-

damental para realizar un seguimiento de la aparición de los síntomas y proporcionar a los pacientes con mucositis herramientas para reducir sus efectos no deseados.

Por último, es importante recalcar las medidas higiénicas dietéticas que son recomendadas para estos pacientes.

6 Bibliografía

1. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid.
2. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid.

Capítulo 38

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL EN MUJERES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

JAVIER MOLINA INIESTA

NURIA GOMEZ JARILLO

JOSE LUIS MOLINA INIESTA

CARLOS MOLINA INIESTA

MARIA ISABEL INIESTA TEBAR

1 Introducción

El trastorno del espectro autista es una condición que afecta la forma en que las personas se comportan, socializan y se comunican con los demás. Este trastorno se conoce comúnmente como autismo. Solía dividirse en subtipos, como el síndrome de Asperger, pero ahora es tratada como una condición con un amplio espectro de síntomas y diferentes niveles de gravedad. Pero el autismo es aproximadamente cuatro veces más común en los niños que en las niñas. El trastorno del espectro autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por deficiencias en la comunicación y la interacción social. Luego se caracteriza por un comportamiento estereotipado e intereses limitados. La prevalencia de este trastorno es mayor en hombres que en mujeres. Los datos ahora son cuestionables debido al aumento de diagnósticos entre niñas y mujeres en los últimos

años. El inicio de los síntomas difiere entre hombres y mujeres. Esto significa que las dificultades de las mujeres pasan desapercibidas y su comportamiento se acepta como un rasgo personal. Por lo tanto, aumenta el riesgo de infradiagnóstico o diagnóstico erróneo (depresión o ansiedad). La última actualización del DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) cambia V, Trastornos del Espectro Autista y sus criterios diagnósticos. Este trastorno combina el síndrome de Asperger y los trastornos generalizados del desarrollo (no especificados). Cuando se trata de aspectos de interacción social, comunicación y cambio de idioma, todos se combinan en una sola categoría. Otra nueva enmienda es incluir cambios sensoriales como criterios de diagnóstico.

2 Objetivos

Conocer los síntomas del trastorno del espectro autista en mujeres adultas y los cuidados del personal de enfermería en estos casos.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica existente en preparación para este documento. Se realizó una búsqueda sistemática en varias bases de datos de Pubmed y Scielo. Las palabras claves utilizadas para ello son Trastorno del Espectro Autista, Mujer, Cuidado y Enfermería.

4 Resultados

Algunos estudios y guías encontraron que la mayoría de las mujeres se sienten desajustadas, alienadas en sus vidas y tienen serias dificultades para formar relaciones. Muchos de ellos reflexionaron sobre el diagnóstico de este trastorno leyendo temas o buscando información, y se sintieron aliviados al encontrar explicaciones a los sentimientos, emociones y dudas que habían tenido durante años. Las características que se observan en las mujeres adultas con trastornos del espectro autista pueden diferir de las que se observan en los hombres y tener aspectos diferentes.

- Inhibición o desinhibición social de manera desproporcionada.
- Incapacidad para desarrollar una conducta prosocial espontánea a pesar de la conciencia del estado emocional de los demás.

- Dificultad para realizar las actividades cotidianas. Suelen delegar el trabajo a familiares y amigos cercanos.
 - Perfeccionismo e inflexibilidad al cambio de rutina. Miedo a la exposición a nuevas situaciones, lo que resulta en la evitación de actividades y comportamientos.
 - Dificultad para afrontar conflictos y malentendidos.
 - Cuestiones dietéticas y sexuales.
 - Los mismos intereses que sus pares, aunque más fuertes, afectan su funcionamiento social, lo cual es limitante. Las intervenciones de enfermería dedicadas y probadas para la salud mental de este tipo de pacientes tienen como objetivo:
 - Establecer rutinas que promuevan habilidades de autocuidado y actividad instrumental con el fin de lograr la autonomía.
 - Formación en relaciones interpersonales saludables, gestión emocional e interacción con las personas.
 - Acompaña tu entorno y exponte a nuevas situaciones.
 - Apoyo y asesoramiento en situaciones de estrés (parto, duelo, menopausia).
- Los niños y adultos con autismo a menudo tienen dificultades para interactuar con los demás. Esto puede resultar en diferentes síntomas, como:
- Incapacidad para mirar o escuchar a las personas
 - No responder a su nombre
 - Resistencia a ser tocado
 - Preferencia por estar solo
 - Gestos faciales inapropiados o inexistentes
 - Incapacidad para iniciar una conversación o mantener una
 - Hablar demasiado sobre un tema favorito sin considerar las reacciones de los demás
 - Problemas del habla o patrones inusuales del habla.
 - Incapacidad para expresar emociones o reconocerlas en los demás.
 - Problemas para reconocer señales sociales sencillas.
 - Dificultad para seguir instrucciones simples
 - Incapacidad para predecir la respuesta o reacción de una persona.
 - Interacciones sociales inapropiadas
 - Incapacidad para reconocer formas de comunicación no verbal.

5 Discusión-Conclusión

Las mujeres con trastornos del espectro autista son muy autoobservadoras, camuflan los síntomas y se adaptan, lo que genera confusión clínica. Por esta razón, es importante tener conversaciones fluidas sobre temas cotidianos que son difíciles para los niños. Además, esto refleja las diferentes manifestaciones de este trastorno en las mujeres y la necesidad de formación profesional para garantizar una adecuada atención y apoyo en esta área, de esto se encarga el personal de enfermería. Un nuevo modelo de intervención es el apoyo entre pares, cuya gran ventaja radica en una mayor empatía y comprensión en este tipo de pacientes.

6 Bibliografía

1. <http://www.reto.ubo.cl/index.php/>.

Capítulo 39

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y EL SÍNDROME DE REYE EN EL USO DE ASPIRINAS

JAVIER MOLINA INIESTA

CARLOS MOLINA INIESTA

JOSE LUIS MOLINA INIESTA

NURIA GOMEZ JARILLO

MARIA ISABEL INIESTA TEBAR

1 Introducción

El síndrome de Reye se caracteriza por muchos signos y síntomas inusuales pero muy graves, incluida la muerte, debido a insuficiencia mitocondrial aguda, como encefalopatía aguda, enfermedad hepática e infiltración de grasa visceral, se caracteriza por un daño cerebral súbito (agudo) y problemas con la actividad hepática. Esta afección no tiene una causa conocida. El síndrome se ha presentado en niños a quienes les han dado ácido acetilsalicílico (aspirin) cuando tenían varicela o gripe. La enfermedad suele presentarse en menores, sobre todo en menores de 6 años que toman aspirina para paliar procesos virales como la gripe y la varicela. Los síntomas comienzan repentinamente alrededor de una semana después de la infección con el virus y pueden incluir vómitos, encefalopatía, cambios de personalidad, hipoglucemia, confusión, somnolencia, convulsiones y, en los casos más

graves, coma y muerte. Además, las transaminasas, el hígado graso, la esteatosis hepática y el aumento de la presión intracraneal aumentan notablemente, lo que provoca edema cerebral y problemas neuronales. La enfermedad tiene varias etapas.

Etapas 0: el paciente se está recuperando de una infección viral común con episodios repentinos de náuseas.

Etapas 1: Después de un tiempo, puede presentarse somnolencia y dificultad para conciliar el sueño.

Etapas 2: Se produce vértigo.

Etapas 3-5: Convulsiones o coma y eventual muerte.

2 Objetivos

Explicar qué es el síndrome de Reye y cómo tomar medicamentos como la aspirina para combatir virus comunes puede afectar su desarrollo.

3 Metodología

Para la elaboración de este documento se realizó una búsqueda y revisión bibliográfica sobre el síndrome de Reye utilizando Google Scholar como motor de búsqueda. Se consultaron varias fuentes para los temas discutidos, incluidos sitios web, revistas y bases de datos como Pubmed, Scielo y Elsevier.

4 Resultados

Varios estudios de epidemiología concluyeron en que el uso de ácido acetilsalicílico o aspirinas para el tratamiento farmacológico de virus comunes como pueden ser la gripe o la varicela pueden afectar considerablemente a las personas que las usan desarrollando síndrome de Reye, el grado de aparición es más de diez veces mayor en los pacientes que han consumido salicilatos en los últimos días en comparación con los que no, especialmente en edades jóvenes. Salvo casos donde esté indicado el uso, no se debería usar este tipo de medicamentos para tratar procesos febriles, debido a que generalmente la fiebre en sí no es dañina ni altamente perjudicial para los que la padecen, debería restringirse el uso de las aspirinas en los jóvenes para solo aquellos que tengan antecedentes de convulsiones y puedan darse convulsiones febriles causadas por el virus de la fiebre, en los demás casos para tratar procesos febriles es mejor emplear otros métodos

como pueden ser el enfriamiento de la temperatura corporal con agua a temperatura ambiente, paracetamoles u otros antipiréticos. Investigaciones científicas publicadas en los últimos años sobre el síndrome de Reye indican que el número de casos ha disminuido en los años transcurridos desde que se empezó a usar la recomendación de no tomar aspirina en niños con enfermedades virales. El Comité de Seguridad de Medicamentos ha vuelto a evaluar el riesgo de los salicilatos en sus indicaciones pediátricas y ha realizado una serie de recomendaciones como pueden ser:

- Detener la comercialización de productos que contengan ácido acetilsalicílico destinado a niños.
- Los productos de prescripción deben contener una contraindicación para su uso en jóvenes.
- Advertencia de riesgo de síndrome de Reye.
- Le recomendamos que consulte a su médico antes de tomar estos medicamentos.

5 Discusión-Conclusión

No existe un tratamiento específico para el síndrome de Reye, por lo que la prevención suele ser el tratamiento más eficaz. Las personas que sobreviven al síndrome suelen recuperarse bastante rápido, pero el daño neurológico causado no es permanente. Las posibles consecuencias y secuelas para el paciente dependen del grado de encefalopatía que desarrolle. A medida que este síndrome progresa en el cuerpo, el tratamiento sintomático temprano se vuelve muy efectivo para lograr mejores resultados de recuperación para los pacientes.

Por último debería restringirse el uso de las aspirinas en los jóvenes para solo aquellos que tengan antecedentes de convulsiones.

6 Bibliografía

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

Capítulo 40

ENFERMERÍA ANTE LAS PACIENTES CON DIABETES EN EL EMBARAZO

NURIA BARON ALMANSA

MARÍA DEL CARMEN NÚÑEZ CABANILLAS

YOLANDA TRAPERO MORENO

YOLANDA TORRES ORTEGA

ESTHER MARÍA RODRIGO MARÍN

1 Introducción

La segunda mitad de la gestación requiere un estado fisiológico de la resistencia a la insulina para poder dirigir los nutrientes que se almacenan en la madre en la unidad fetoplacentaria y poder dar un crecimiento adecuado al feto; no obstante, las mujeres desarrollan una diabetes mellitus de tipo gestacional, la resistencia a la insulina se acentúa más, esto modifica el medio dentro del útero y causa un crecimiento acelerado del feto, con un riesgo elevado de macrosomía.

Existen algunos factores que son considerados de riesgo con este trastorno y lo más importante es la edad mayor en la madre, familiares con primer grado con diabetes y un mayor índice de masa corporal pregestacional.

El primero de los casos de diabetes gestacional se publicó en el año 1824. Fue descrito por la madre que sufría de sed, poliuria y el feto macrosómico murió por la impactación de su hombro. Antes de que la introducción de la insulina en el año 1922 ya se había informado de al menos de 100 embarazos de mujeres diabéticas,

de una forma cierta, con el tipo 2. No obstante, los índices de mortalidad en la madre eran de cerca del 40 %, y la mortalidad del neonato era mayor al 90 %. Con la insulina se redujo de manera importante esta mortalidad materna; sin embargo, si se hacía una comparación con embarazadas que no diabéticas, la mortalidad perinatal continuaba siendo hasta seis veces más alta y en la diabetes que era pregestacional las malformaciones congénitas de los fetos pueden ser hasta 10 veces más frecuentes.

2 Objetivos

El objetivo de esta publicación es conocer una introducción sobre la diabetes que ocurre en las mujeres gestantes por un equipo 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

En los últimos 40 años ha aumentado de forma alarmante la incidencia de la obesidad y casi a la vez, el síndrome metabólico, en muchas ocasiones evoluciona a diabetes mellitus tipo 2. Puede que estos cambios en los patrones de la alimentación, así como una menor actividad física, hayan hecho que aumente la incidencia de esta diabetes mellitus gestacional, la frecuencia es de un 10 % de la población obstétrica en nuestro país. Nos podemos basar en estos datos y se debe insistir a todas las gestantes que acudan a la consulta de ginecología prenatal, intentando identificar a estas que tienen un riesgo elevado de poder padecer este trastorno metabólico. De esta forma, deben detectarse los casos de diabetes antes de la gestación para poder darles un tratamiento adecuado para obtener unas cifras normales de glucosa y de HbA1c antes de quedarse embarazada. En un escrutinio de diabetes mellitus en la gestación, un consenso general es que, las pacientes con un alto riesgo para esta situación se les pueda efectuar una prueba entre las 25 y 28 semanas de la gestación con 50g de glucosa oral.

En el embarazo normal, un estado de resistencia al efecto de la insulina, es más evidente al final del segundo trimestre del mismo; el organismo de la gestante se prepara para almacenar nutrientes y en esta etapa la sensibilidad mayor a la insulina es mayor; no obstante, en la segunda mitad del embarazo hay una resistencia de forma progresiva al efecto de la insulina, que puede causar una liberación de los nutrientes para que el bebé tenga un desarrollo de lo más adecuado. En la resistencia a la insulina participan muchas sustancias que son producidas por la placenta y por los adipocitos, entre las que destacan la hormona del crecimiento placentaria y FNTa, que por varios mecanismos pueden disminuir el efecto de la insulina a nivel intracelular.

5 Discusión-Conclusión

Las bases del tratamiento de la diabetes gestacional sigue siendo la dieta baja en carbohidratos, de una preferencia con un índice glucémico bajo; la actividad física que se puede adaptar a la fisiología de la madre de acuerdo con la edad gestacional y a la administración de insulina en forma juiciosa para poder mantener las cifras de glucosa dentro de unos límites normales para la mujer embarazada. Se debe evitar que el tratamiento intenso que cause la hipoglucemia, lo que puede ocurrir hasta en 60 % de las gestantes, en muchos casos que son asintomáticas para la madre, pero con distintas repercusiones para el feto.

6 Bibliografía

1. Shuldiner R. Resistin, obesity and insulin resistance. The emerging role of the adipocyte as an endocrine organ. *NEJM* 2011;364(18):1345-6.
2. Hollander M. Gestational diabetes: a review of the current literature and guidelines. *Obst Gynecol Surv* 2017;62(2):125-36.

Capítulo 41

DESARROLLO POR ENFERMERÍA DE LA RELEVANCIA EN SALUD DE LAS VACUNAS

NURIA BARON ALMANSA

MARÍA DEL CARMEN NÚÑEZ CABANILLAS

YOLANDA TRAPERO MORENO

YOLANDA TORRES ORTEGA

ESTHER MARÍA RODRIGO MARÍN

1 Introducción

A lo largo de los tiempos se ha ido mejorando la salud de las personas gracias a dos grandes avances y a las medidas de la sanidad que han ayudado a acrecentar la esperanza de vida: la potabilización del agua y la vacunación.

En 1796 Edward Jenner fue el que dio los primeros pasos con la vacuna de la viruela, aunque no fue hasta el año 1880 cuando se reveló y descubrió la vacuna contra la rabia de la mano de Pasteur al que llamaron y es conocido como el padre de la vacunología.

En el caso de los recién nacidos, diversos estudios han demostrado que la madre anterior al nacimiento a través de la placenta, le transmite protección contra los microbios que le causan la enfermedad, esta protección durara unas semanas.

Tras un mínimo periodo de tiempo, esta protección desaparece.

Las vacunas son concretadas como preparaciones que se administran a los individuos para poder generar inmunidad activa y duradera contra una enfermedad, cuando esta se administra el sistema inmunológico se activa y reconoce el antígeno, entonces este le activara a la producción de anticuerpos contra lo que él interpreta como la enfermedad.

Es por esto, que si la persona en algún momento de su vida entrara en contacto con ese organismo contra el cual ya ha sido vacunada, las defensas que se generan por haberse puesto la vacuna la tendrían protegida para evitar la enfermedad o harían que esta fuera más leve en cuanto a sintomatología.

Lo más habitual es administrarlas mediante las inyecciones, aunque algunas sean por vía oral. En muchos de los casos son necesarias varias dosis para llegar a conseguir que el efecto protector se mantenga por los años.

2 Objetivos

Abordar el tema de las vacunas que tan actual está hoy en día y la importancia de la vacunación tanto individualmente como en el contexto sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

El objetivo y el fin de la vacunación no es otro que el de reducir la mortalidad y morbilidad de las enfermedades que se pueden prevenir a través de estas, en los niños menores de 5 años, mujeres en edad fértil y los grupos de riesgo. Debemos de promocionar y sensibilizar a la gente con este tema y que consigan ver la vital importancia de lograr una inmunización completa a lo largo de la vida.

Grosso modo y en lenguaje comprensible para la población no sanitaria, expresaremos que son medicamentos biológicos que, si los administramos a personas

que están sanas, estas activan y producen unos anticuerpos que de alguna manera actúan protegiéndole por si en un futuro tiene un contacto con ese agente infeccioso y así poder evitar la infección o la enfermedad.

Los padres tienden a la sobreprotección de sus hijos y sobre todo a intentar evitarles cualquier tipo de sufrimiento o dolor, pero en este caso cualquier llanto o posible pequeño dolor en la zona de la vacuna por parte del niño no es nada en comparación con las graves complicaciones y consecuencias que pueden llegar a derivar de las enfermedades que las vacunas previenen.

Como ya expusimos anteriormente no solo se administrarán a recién nacidos o niños, sino que también a personas adultas, ya sea para los refuerzos o por un determinado grupo de riesgo, como es el caso por ejemplo de la vacuna de la gripe que es fundamental en determinados grupos. Esta es totalmente gratuita y se administra en todos los centros de salud, los meses en los que se suele poner son entre octubre y noviembre, ya que es más probable contraer la enfermedad en esa época. Está especialmente dirigida a personas que tienen un alto riesgo de complicaciones en caso de llegar a padecerla.

Como pueden ser las personas mayores de 65 años, mujeres embarazadas, adultos y niños que padecen enfermedades crónicas u obesidad, personas que conviven con personas de alto riesgo, niños y adolescentes (de entre los 6 meses y los 18 años) que hayan recibido tratamiento con ácido acetilsalicílico durante un periodo largo de tiempo, personal de centro sanitario y social, así como personal en prácticas, trabajadores de servicios públicos esenciales como, policías, bomberos, etc.

- Y este actualmente se da comienzo con la administración a bebés prematuros mayores de 6 meses y menores de 2 años.

Es demasiado transcendental en los niños respetar siempre el calendario obligatorio de la vacunación, ya que el no vacunarlos hace peligrar como hemos explicado, no solo su salud sino también la de toda la población. Si dejáramos de vacunar a los niños, las enfermedades que ya están controladas y que ya tenemos casi olvidadas volverían otra vez a resurgir y aunque son muy pocas las que tendrían índices de mortalidad sí que muchas conllevarían un peligro importante de padecer otras asociadas.

No se nos debe de olvidar que las vacunas son herramientas sanitarias que previenen enfermedades, y que establecen una de las medidas sanitarias que han originado más beneficio y que hoy en día siguen produciendo a las personas, nos previenen de enfermedades que antes nos podían causar grandes secuelas, epidemias e incluso la de llegar a la muerte. Con ellas hemos conseguido erradicar la viruela. El sarampión ha dejado de ser una problemática y los casos de difteria

han desaparecido, la tosferina, tétanos, hepatitis B y meningitis meningocócicas ya están controladas.

Si una cosa debemos de tener muy clara es que las vacunas nos aportan muchos beneficios, han conseguido salvar millones de vidas a lo largo de los años, muy poca gente se acuerda ya de la viruela la cual está erradicada hace muchos años o la rubeola y el sarampión ya eliminados de muchos países. Es importante protegerlos y la protección de las personas que nos rodean, ya que estar en contacto con mucha gente vacunada hace que las pocas personas que no lo están se sientan también protegidas, a esto se le conoce como la inmunidad comunitaria.

En la actualidad existen muchos padres que son reacios a vacunar a sus hijos, pero lo que no saben es que los riesgos de vacunarse siempre serán con diferencia inferiores a sus beneficios, con la vacuna ganamos protección y nos ahorramos de la enfermedad. Un evidente ejemplo fue el miedo a la vacuna triple vírica que comenzó por un artículo en una prestigiosa revista, esta llegó a sugerir una relación causa-efecto entre la vacuna y ciertos casos de autismo.

Años después se notificó como un fraude.

No se debe poner en duda a los expertos y su profesionalidad, todo lleva un gran proceso detrás y desde luego solo se administra la vacuna una vez que está haya pasado unos largos y cuidadosos análisis realizados por científicos, médicos y profesionales dedicados al cuidado de la salud.

Un niño vacunado es un niño sano, fuerte y con muchas ganas de aprender (UNICEF). Tras las vacunas en algunos casos pueden aparecer reacciones adversas como un pequeño eritema, un leve dolor en el área de la inyección, dolores musculares o incluso décimas de fiebre. Muy pocas veces se han presentado reacciones alérgicas de gravedad a alguno de sus componentes. La fiebre puede llegar en diversos momentos, según sea la vacuna administrada.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día somos conocedores de que ningún tipo de avance en medicina ha logrado salvar tantas vidas como lo hacen las vacunas, aunque hoy en día muchas son las personas todavía reacias para vacunar a sus hijos, ya sea por falsas creencias o por otro tipo de causas, el hecho es que, por la irresponsabilidad de estas personas, las enfermedades que ya creíamos erradicadas han vuelto otra vez a ser un problema en la sociedad. Es el caso del sarampión o la poliomielitis, son enfermedades muy poco frecuentes o ya casi inexistentes que están presentes en otras partes del mundo, pero, que nos seguimos vacunando porque no es difícil llegar a entrar en contacto con ellas, ya sea viajando al extranjero o cuando personas

que no han sido vacunadas vienen a nuestro país.

En el caso del sarampión hace unos años era casi una enfermedad erradicada, porque la cobertura vacunal es del 95 % estando a expensas el otro 5% expuesto de la protección que les brindan los vacunados, se hizo un seguimiento de esta enfermedad y se obtuvieron datos realmente alarmantes, vemos como en el 2004 se registraron 29 casos de sarampión, en el 2005 fueron 20 los casos. Pero ya en el año 2008 dio comienzo la moda o tendencia a la no vacunación y nos encontramos con 300 casos registrados, llegando en 2011 a más de 1300 casos, un dato a la par que alarmante muy preocupante.

Solo podemos suspender una vacuna contra un tipo de enfermedad, como es el caso de la viruela, si esta se ha eliminado por completo en todo el mundo.

Las vacunas más importantes para los niños son: hepatitis B, difteria, tétanos, tosferina, polio, meningococo C, neumococo, sarampión, la bacteria *Haemophilus influenza* tipo B, rubeola, paperas y el virus del papiloma humano (solo niñas).

Serían administradas a lo largo de su vida, aunque la gran mayoría serían en los primeros años de vida. Entre otras vacunas tenemos las no financiadas por el sistema nacional de salud (SNS), pero si recomendables, que serían el rotavirus, el meningococo B en lactantes y tosferina en adolescentes. La tetravalente anti-meningocócica se considera de recomendación individual en ciertas circunstancias.

6 Bibliografía

1. Medline[Internet].España:02 de Diciembre 2019.Informacion general sobre vacunas. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002024.htm>.
2. Riojasalud. Internet: Gobierno de la Rioja ,03 de Diciembre 2019. Servicio Riojano de salud, la importancia de las vacunas. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/>.
3. OMS. Vacunas y enfermedades prevenibles mediante vacunación. En: Dr Gilles Pomeroy and Dr Annelies WilderSmith. Viajes internacionales y salud. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad 2012.Madrid: Sanidad; 2012. PAG 111-188.
4. Asociación de enfermería comunitaria [internet].Valencia: Francisco Javier Pastor Gallardo; 2019. proyectoavatar. Disponible en: <http://proyectoavatar.enfermeriacomunitaria.org>.
5. Kidshealth[Internet].DrNeil Izenberg,;1995[marzo 2019]. KidsHealth.org. Disponible en: <https://kidshealth.org/es/parents/fact-myth-immunizationsesp.html>.

Capítulo 42

VALORES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y SU RELACIÓN CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

NURIA BARON ALMANSA

MARÍA DEL CARMEN NÚÑEZ CABANILLAS

YOLANDA TRAPERO MORENO

YOLANDA TORRES ORTEGA

ESTHER MARÍA RODRIGO MARÍN

1 Introducción

En la introducción de este trabajo vamos a mencionar que a lo largo de él queremos valorar distintas cuestiones que van relacionadas con la misión del Sistema Nacional de salud y qué relación tiene con el personal de enfermería. Con estos valores vamos a manifestar la importancia de las funciones de los enfermeros respecto a que se realicen en relación a dichos valores. Los mismos nos van a servir para poner de manifiesto qué importancia tienen las funciones del personal de enfermería, no solamente que las realicen según el protocolo de actuación, sino de manera correcta conforme a la misión que pretende el Servicio Nacional de salud. A lo largo de este trabajo vamos a intentar presentar esos principios básicos que debe de tener la sanidad pública, aunque dejamos constancia de que existen muchos más valores relacionados con esto y que los que presentamos aquí

son una pequeña muestra para poner de manifiesto la relación que existe entre dicho sistema de salud y como el mismo enlaza con la categoría profesional concreta de enfermería. No obstante el resto de las categorías profesionales se van a regir por el mismo sistema, aunque en estas líneas veremos la relación de las funciones concretas del personal de enfermería con esta serie de valores.

2 Objetivos

- Analizar determinados aspectos relacionados con la misión que sigue el Sistema Nacional de salud con respecto a distintos valores importantes para ella.
- Enumerar una serie de valores que van relacionados con dicha misión del Sistema Nacional de salud de manera general y qué guarda relación con el personal 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

En este apartado de resultados vamos a hablar por un lado de una serie de valores que tiene la sanidad pública y que están enfocados al estilo y a la misión que se pretende del Servicio Nacional de salud. Esta cuestión la vamos a relacionar con valores concretos que nos oriente el trabajo. Por otro lado, vamos a enumerar algunos de esos valores importantes que están relacionados y deben de seguir los enfermeros en sus funciones diarias. La misión de la sanidad pública consiste en prestar atención sanitaria a los ciudadanos con independencia de otras cuestiones añadidas como es la igualdad, siendo un referente de partida importante.

Por ello tenemos una serie de servicios sanitarios públicos de calidad en la que se asegura la accesibilidad como la equidad y la satisfacción de los usuarios. Con esto se busca la eficiencia y el aprovechamiento más favorable de los recursos que ofrece la sanidad. Para que esta misión se lleve a cabo es importante tener en cuenta a las distintas categorías profesionales que trabajan para la sanidad.

Es por ello que se elabora una serie de valores o principios que deben de seguir para actuar de manera uniforme a todas las categorías profesionales. Igualmente, se debe de mostrar aquellos valores que exponen a la sanidad como una organización en la que atiende al usuario de manera igualitaria y que busca como fin último el bienestar del paciente. Dichos principios aparte del mencionado de equidad que está relacionada con la igualdad, como la propia accesibilidad de cualquier ciudadano en igualdad de condiciones, tenemos añadidas otras en la que los enfermeros deben de tener presente. Uno importante para los enfermeros es realizar una atención personalizada, ya que deben de atender a los usuarios de manera individual, asesorándonos y ayudándonos en relación con sus funciones y las necesidades de los mismos. Deben de actuar también los enfermeros de manera organizativa en su caso, especialmente coordinándose con el médico, ya que es importante la relación entre ambos.

5 Discusión-Conclusión

Esta parte del trabajo sirve para concluir que tras analizar determinados aspectos relacionados con la misión que persigue a Sistema Nacional de salud vemos que hay una serie de valores que deben de cumplirse por las distintas categorías profesionales. Dichos valores persiguen una misión común del Sistema Nacional de salud siendo de esta manera una meta uniforme a todo el sistema sanitario. Por otro lado y una vez enumerados algunos de los valores a los que nos referimos, visualizamos que el personal de enfermería debe de cumplir dichos valores, ya que además de sus funciones específicas en el trabajo de enfermería deben de seguir la misma misión que de manera coordinada contempla la sanidad pública.

6 Bibliografía

1. Potter, Perry & Stockert. Fundamentos de enfermería: 9 edition.

Capítulo 43

TAREAS DEL ENFERMERO EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA

ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO

CAROLINA CAMPOS PÉREZ

MARTA MARÍN RUIZ

ALBA LÓPEZ-PELÁEZ

CRISTINA DONAIRE RIVERA

1 Introducción

La rehabilitación hospitalaria es un componente esencial de la atención médica que se centra en la recuperación física, funcional y emocional de los pacientes que han experimentado enfermedades graves, lesiones traumáticas o procedimientos médicos complejos. Este servicio desempeña un papel crucial en la transición de los pacientes desde la fase aguda de la atención médica hacia la reintegración exitosa en su vida cotidiana.

El concepto de rehabilitación hospitalaria se basa en la idea de que la recuperación completa no se limita a la curación física, sino que también incluye la restauración de la funcionalidad y la calidad de vida. Los pacientes pueden requerir rehabilitación después de eventos como accidentes cerebrovasculares,

cirugías ortopédicas, lesiones de médula espinal o afecciones médicas crónicas, entre otros. Este servicio se proporciona de manera interdisciplinaria, involucrando a un equipo de profesionales de la salud que incluye fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, psicólogos y otros especialistas según las necesidades individuales.

La rehabilitación hospitalaria se enfoca en establecer metas personalizadas para cada paciente y diseñar planes de tratamiento específicos para alcanzar esas metas. Esto puede incluir terapia física para mejorar la movilidad y la fuerza, terapia ocupacional para recuperar habilidades de la vida diaria y terapia del habla para abordar dificultades en el habla y la deglución. Además, se brinda apoyo psicológico y emocional para ayudar a los pacientes a enfrentar los desafíos mentales y emocionales relacionados con su recuperación.

La rehabilitación hospitalaria es un servicio integral que se centra en la recuperación y el bienestar global de los pacientes después de eventos médicos o lesiones significativas. Su objetivo es ayudar a los pacientes a restaurar su funcionalidad y calidad de vida, facilitando una transición exitosa hacia su vida cotidiana y actividades habituales.

2 Objetivos

Conocer las tareas del enfermero en el servicio de rehabilitación del hospital.

3 Metodología

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

4 Resultados

La rehabilitación hospitalaria es un componente crucial en la recuperación de pacientes que han sufrido lesiones, cirugías o enfermedades que afectan su movilidad y función. Los enfermeros desempeñan un papel esencial en este proceso

al proporcionar atención de calidad, apoyo y educación a los pacientes. Sus funciones en la rehabilitación hospitalaria incluyen:

Evaluación inicial: Los enfermeros evalúan las necesidades de rehabilitación de cada paciente al ingresar al hospital. Esto implica identificar limitaciones físicas, emocionales o cognitivas que puedan requerir intervención.

Planificación de cuidados: En colaboración con otros profesionales de la salud, los enfermeros ayudan a desarrollar un plan de cuidados de rehabilitación personalizado para cada paciente. Esto incluye la programación de terapias, ejercicios y actividades específicas.

Administración de terapias y tratamientos: Los enfermeros realizan terapias y tratamientos prescritos, como terapia física, terapia ocupacional o terapia del habla, para ayudar a los pacientes a mejorar su movilidad, fuerza y función.

Seguimiento de signos vitales: Monitorizan de cerca los signos vitales de los pacientes durante las sesiones de rehabilitación para garantizar su seguridad y bienestar durante el proceso de recuperación.

Educación: Los enfermeros brindan educación a los pacientes y sus familias sobre los objetivos de rehabilitación, las técnicas de ejercicios, el uso de dispositivos de asistencia y las estrategias para prevenir complicaciones.

Evaluación continua: Evalúan regularmente el progreso del paciente y ajustan el plan de rehabilitación según sea necesario. También informan a otros miembros del equipo de salud sobre el progreso y los desafíos.

Apoyo emocional: La rehabilitación puede ser un proceso desafiante tanto física como emocionalmente. Los enfermeros proporcionan apoyo emocional, alientan a los pacientes a establecer metas realistas y ayudan a abordar las preocupaciones emocionales.

Prevención de complicaciones: Los enfermeros están atentos a las posibles complicaciones, como úlceras por presión o infecciones, y toman medidas preventivas para garantizar la seguridad del paciente.

Coordinación de la atención: Trabajan en estrecha colaboración con otros miembros del equipo de rehabilitación, como fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, para asegurar una atención integral y coordinada.

Transición a la comunidad: Ayudan a los pacientes a prepararse para la transición

de la rehabilitación hospitalaria a la atención en el hogar o en una instalación de cuidados a largo plazo, asegurándose de que estén bien informados y preparados.

Los enfermeros desempeñan un papel esencial en la rehabilitación hospitalaria al proporcionar atención integral y personalizada que contribuye significativamente a la recuperación de los pacientes y a mejorar su calidad de vida. Su compromiso con el bienestar y la movilidad de los pacientes es fundamental para el éxito de la rehabilitación.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación clave para un buen funcionamiento de la rehabilitación hospitalaria, desde la perspectiva del enfermero, es la comunicación efectiva y la colaboración interdisciplinaria. La comunicación abierta y constante entre enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, médicos y otros miembros del equipo de atención es esencial. Esto asegura una comprensión completa de las necesidades y metas de rehabilitación de cada paciente.

Además, es importante mantener registros precisos y compartidos de la evolución del paciente y las intervenciones realizadas. Esto permite una evaluación continua y ajustes oportunos en el plan de rehabilitación.

La colaboración entre profesionales de la salud permite un enfoque integral de la atención, donde se abordan no solo los aspectos físicos, sino también los emocionales y psicológicos de la rehabilitación. Trabajar juntos garantiza que los pacientes reciban la mejor atención posible y tengan una experiencia de rehabilitación exitosa y satisfactoria.

6 Bibliografía

1. Zabalegui Yáñez, A. (2003). El rol del profesional en enfermería. *Aquichan*, 3(1), 16-20.

Capítulo 44

PAPEL DE LA ENFERMERA ANTE LAS URGENCIAS POR MORDEDURAS DE PERRO, GATO Y HUMANO

BELÉN GARCÍA CUETO

1 Introducción

Las mordeduras tanto de animales como de humanos suponen un 1% de las visitas que se realizan a los servicios de urgencias de atención primaria, requiriendo el 10% de ellas sutura y únicamente precisando derivación al hospital aquellas mordeduras que son múltiples y/o graves o presentan una infección y/o reacción sistémica.

En cuanto al tipo de mordeduras, las de los animales domésticos son las que se dan con más frecuencia, en concreto, en el 80-89% de los casos, son producidas por perros conocidos, las cuales suelen ser más frecuentes en niños, y por perros de raza no considerada peligrosa como pastor alemán y pitbull.

Otro tipo de mordeduras bastante frecuentes, son la de los gatos, en torno al 10% de los casos, las cuales se infectan con mayor frecuencia que las mordeduras de perro, y se suelen dar sobre todo en mujeres adultas.

Además, también son relativamente frecuentes las mordeduras de humanos, las cuales se clasifican básicamente en tres tipos en función del mecanismo de producción: genuinas (lengua, nariz y lóbulo de la oreja), auto-mordedura (lengua, labios) y lesión por puñetazo (mano, nudillos).

Por último, hay que tener en cuenta que existen una serie de recomendaciones generales para el manejo de las mordeduras en función de la clínica, aunque cada mordedura tiene sus peculiaridades en función del agente causal, de ahí la

importancia de cara al tratamiento de distinguir entre una mordedura infectada de una no infectada.

2 Objetivos

- Dar a conocer cuando es necesaria la profilaxis post-exposición tetánica en caso de mordeduras.
- Describir el manejo de las mordeduras en función de sus características.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente trabajo, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes páginas como Fistera y la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP), además de consultar bases de datos como Scielo y Dialnet. Finalmente, tras una búsqueda, análisis y lectura crítica de los documentos encontrados, se han seleccionados aquellos que mejor se adaptaban a los objetivos y características del trabajo.

4 Resultados

En general, ante una mordedura, existen unas pautas generales de actuación, como son el lavado exhaustivo de la herida, el desbridamiento del tejido necrótico o desvitalizado, y la anamnesis previa al cierre de la herida, puesto que, para decidir el tipo de cierre de la mordedura, es importante conocer datos básicos como qué animal la ha producido, el tiempo de evolución, el estado vacunal tanto del mamífero como del paciente, así como valorar la mordedura para determinar si existe o no infección.

Básicamente, se realizará un cierre primario de aquellas mordeduras que afecten a cuello, cara y/o sean de menos de 12 horas de evolución no infectadas, y, por otro lado, se realizará un cierre por segunda intención, en caso de heridas infectadas, de más de 24 horas de evolución, de heridas punzantes o por aplastamiento, y de aquellas que afecten a hueso y/o articulaciones.

Como de manera general todas las mordeduras se consideran tetanígenas y sucias, es importante conocer y valorar el estado vacunal del paciente, así como tener claro en qué casos está indicada la antibioterapia, la cual se recomienda que dure entre 5-7 días y sea con amoxicilina clavulánico y/o cefuroxima-axetilo.

Dicha pauta, se debe de instaurar ante pacientes que sufran una mordedura y cumplan alguna de las siguientes características:

- Ser lactantes.
- Tener la mordedura en la cara, manos, cuello, pies o en zona genital.
- Mordeduras que tengan signos de infección.
- En pacientes que demandan atención y ya han pasado más de 8-12 horas desde que se produjo la mordedura.
- En pacientes asplénicos y/o inmunocomprometidos y en mordeduras punzantes como las producidas por gatos.

Por otro lado, en cuanto a la prevención del tétanos, se debe de tener en cuenta en todo tipo de mordeduras, pero especialmente en el caso de las de gato, ya que son muy tetanígenas, de ahí la importancia de conocer y revisar el calendario de vacunación del paciente. Puesto que, en función de las dosis de vacuna que tenga, precisará o no la administración de un recuerdo del tétanos y/o inmunoglobulina:

- Paciente no vacunado, con vacunación desconocida o < de 3 dosis: tanto en heridas limpias como tetanígenas precisará la administración de una vacuna Td y completar pauta de vacunación, además, en caso de herida tetanígena, se deberá administrar inmunoglobulina antitetánica (en lugar separado al lugar de administración de la vacuna).
- Paciente con 3 o 4 dosis: no precisará vacuna en caso de herida limpia, salvo que hayan pasado más de 10 años de última dosis y, en caso de herida tetanígena, sólo en caso de más de 5 años desde última dosis. Inmunoglobulina si herida de alto riesgo.
- Paciente con 5 o más dosis: no precisará vacuna TD en caso de herida limpia ni tetanígena (salvo que hayan pasado más de 10 años desde última dosis) y tampoco precisará administración de inmunoglobulina salvo en herida de alto riesgo.

Finalmente, otro tema a tener en cuenta, es la prevención de la rabia, que, aunque en nuestro país es una enfermedad que se considera erradicada desde 1975, es importante saber que existe un protocolo de actuación post-exposición, ya que hay países como Marruecos donde es endémica. Dicho protocolo, únicamente se debería llevar a cabo cuando se produce una mordedura por un perro o gato que se desconoce tanto su seguimiento como su historia vacunal. Puesto que, en caso de perros de España y domésticos, no sería necesario realizar profilaxis postexposición, pues la vacuna de la rabia es obligatoria en nuestro país, a excepción de tres comunidades autónomas: País Vasco, Cataluña y Galicia.

5 Discusión-Conclusión

Las mordeduras más frecuentes son las producidas por perros, seguidas de las producidas por gatos. En cuanto a las mordeduras producidas por humanos, su frecuencia varía en función del territorio.

Es importante conocer y distinguir el tipo de mamífero que produce la mordedura, ya que estas producen una afectación psicológica, suponen un gasto tanto social como económico y, además, a través de estas se pueden transmitir enfermedades (perro y gato; rabia, humanos; VIH, Hepatitis B).

Por ello, es de vital importancia para prevenir infecciones, la manera en la cual se tratan las mordeduras, ya que hay que tener en cuenta que el tratamiento de la mordedura es distinto si esta está infectada a si no lo está, puesto que, como las mordeduras son consideradas heridas sucias, se deben tratar siempre como tal, haciendo especial hincapié tanto en el estado vacunal del paciente (tétanos) como del animal (rabia).

6 Bibliografía

1. Piñeiro Pérez R, Carabaño Aguado I. Manejo práctico de mordeduras en Atención Primaria y en nuestro medio. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet] 2015;17(67).
2. Rivas Fernández MA. Mordeduras de perro, gato y humano. Fistera; 2022. Disponible en: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/mordeduras-perro-gato-humanos/>
3. Pérez Cánovas C. Mordeduras y picaduras de animales. En: Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP). Protocolos diagnósticos y terapéuticos en urgencias de pediatría. 3ª ed. 2019. Disponible en: https://seup.org/pdf_public/pub/protocolos/24_Mordedura.pdf
4. Calviño Vispo MI, Celestino Alonso R, Vázquez Martínez MY. Mordeduras y Picaduras. En: Canabal Berlanga R, Pastor Pons G, García Medina E, Fernández Gallego V, Hernandez Corral J, Pacheco Rodríguez A, et al. Guía Asistencial, Urgencias y Emergencias Extrahospitalarias. 2ª ed. Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario del SESCAM; 2014. 461-463.

Capítulo 45

TAREAS DEL ENFERMERO EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DOMICILIARIA

MARTA MARÍN RUIZ

ALBA LÓPEZ-PELÁEZ

CRISTINA DONAIRE RIVERA

CAROLINA CAMPOS PÉREZ

ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO

1 Introducción

La rehabilitación domiciliaria es un enfoque integral de atención médica que brinda servicios terapéuticos y de apoyo en el entorno del paciente, generalmente en su hogar. Este tipo de atención se utiliza en una variedad de situaciones, como recuperación postoperatoria, manejo de enfermedades crónicas o lesiones traumáticas.

Los servicios de rehabilitación domiciliaria pueden incluir fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, cuidados de enfermería especializados y asesoramiento psicológico. Estos profesionales trabajan en estrecha colaboración con el paciente y su familia para diseñar un plan de tratamiento personalizado que aborde sus necesidades específicas.

La ventaja principal de la rehabilitación domiciliaria es que permite a los pacientes recibir atención de alta calidad en la comodidad de su hogar, lo que a menudo contribuye a una recuperación más rápida y efectiva. Además, reduce la necesidad de hospitalización prolongada y las posibles complicaciones asociadas.

Este enfoque también fomenta la independencia del paciente al brindarle las herramientas y habilidades necesarias para realizar actividades cotidianas de manera segura. Además, promueve un entorno de apoyo emocional y familiar que puede ser fundamental en el proceso de recuperación.

La rehabilitación domiciliaria es un enfoque integral de atención médica que brinda servicios terapéuticos y de apoyo en el entorno del paciente, generalmente en su hogar. Este tipo de atención se utiliza en una variedad de situaciones, como recuperación postoperatoria, manejo de enfermedades crónicas o lesiones traumáticas.

Los servicios de rehabilitación domiciliaria pueden incluir fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, cuidados de enfermería especializados y asesoramiento psicológico. Estos profesionales trabajan en estrecha colaboración con el paciente y su familia para diseñar un plan de tratamiento personalizado que aborde sus necesidades específicas.

La ventaja principal de la rehabilitación domiciliaria es que permite a los pacientes recibir atención de alta calidad en la comodidad de su hogar, lo que a menudo contribuye a una recuperación más rápida y efectiva. Además, reduce la necesidad de hospitalización prolongada y las posibles complicaciones asociadas.

Este enfoque también fomenta la independencia del paciente al brindarle las herramientas y habilidades necesarias para realizar actividades cotidianas de manera segura. Además, promueve un entorno de apoyo emocional y familiar que puede ser fundamental en el proceso de recuperación.

La rehabilitación domiciliaria es una forma efectiva y centrada en el paciente de proporcionar atención médica y terapéutica, permitiendo a los individuos recuperarse en su entorno familiar mientras se benefician de servicios especializados. Este enfoque es especialmente valioso en situaciones donde la comodidad y la personalización son esenciales para una recuperación exitosa.

2 Objetivos

Conocer las funciones del enfermero en el servicio de rehabilitación domiciliaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los enfermeros desempeñan un papel fundamental en la rehabilitación domiciliaria al brindar atención integral y personalizada a los pacientes en la comodidad de sus hogares. Aquí se describen algunas de las funciones clave que realizan los enfermeros en este entorno:

Evaluación del paciente: El enfermero comienza por realizar una evaluación exhaustiva del paciente, que incluye la revisión de la historia médica, la medición de signos vitales y la evaluación de las necesidades específicas de rehabilitación.

Desarrollo de planes de cuidado: Con base en la evaluación, el enfermero trabaja en conjunto con otros profesionales de la salud para diseñar un plan de atención individualizado. Esto implica establecer metas claras de rehabilitación y definir las intervenciones necesarias.

Administración de medicamentos: Los enfermeros pueden ser responsables de administrar medicamentos según las indicaciones médicas, asegurando que el paciente reciba los tratamientos necesarios para su recuperación.

Monitorización continua: Los enfermeros realizan un seguimiento constante del estado del paciente, observando cualquier cambio en su condición. Esto les permite ajustar el plan de atención según sea necesario y comunicarse con el equipo médico de ser preciso.

Educación al paciente y a la familia: Una parte esencial de la rehabilitación domiciliaria es capacitar al paciente y a su familia sobre la enfermedad, el tratamiento y la forma de manejar situaciones de emergencia. Los enfermeros desempeñan

un papel vital en la educación de los pacientes para que puedan cuidarse a sí mismos de manera efectiva.

Coordinación de servicios: Los enfermeros colaboran estrechamente con otros profesionales de la salud, como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales, para garantizar que el paciente reciba una atención integral y multidisciplinaria.

Apoyo emocional: La rehabilitación puede ser un proceso desafiante tanto física como emocionalmente. Los enfermeros brindan apoyo emocional a los pacientes y sus familias, ayudándoles a sobrellevar el estrés y la ansiedad asociados con la recuperación.

Seguimiento y documentación: Los enfermeros mantienen registros detallados de la atención proporcionada, incluyendo cambios en la condición del paciente, medicamentos administrados y progreso hacia las metas de rehabilitación. Esta documentación es esencial para evaluar la efectividad del tratamiento.

Los enfermeros desempeñan un papel esencial en la rehabilitación domiciliaria al proporcionar atención de alta calidad, monitorear el progreso del paciente y colaborar estrechamente con otros profesionales de la salud. Su enfoque centrado en el paciente y su habilidad para brindar apoyo tanto físico como emocional son fundamentales para el éxito de la rehabilitación en el hogar.

5 Discusión-Conclusión

Para una rehabilitación domiciliaria exitosa, el enfermero debe enfocarse en la atención centrada en el paciente y la comunicación efectiva. Es fundamental establecer una relación de confianza con el paciente y su familia, involucrándolos en la planificación y toma de decisiones relacionadas con su cuidado. Además, debe:

Evaluar continuamente las necesidades del paciente y ajustar el plan de cuidado según sea necesario.

Proporcionar educación clara y comprensible sobre la enfermedad, el tratamiento y la autogestión.

Asegurar una administración precisa de medicamentos y el seguimiento de efectos secundarios.

Coordinar con otros profesionales de la salud para una atención integral.

Promover un ambiente seguro y cómodo en el hogar del paciente.

Brindar apoyo emocional y ayudar al paciente a establecer metas realistas de rehabilitación.

Fomentar la adherencia al tratamiento y la rehabilitación.

En resumen, la rehabilitación domiciliar exitosa se basa en la atención centrada en el paciente, la comunicación efectiva y la coordinación interdisciplinaria para lograr la recuperación y la independencia del paciente.

6 Bibliografía

1. López-Liria, R., Ferre-Salmerón, R., Arrebola-López, C., Granados-Valverde, R., Gobernado-Cabero, M. A., & Padilla-Góngora, D. (2013). Rehabilitación domiciliar en la recuperación funcional de los pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Neurol*, 56(12), 601-607.

Capítulo 46

TAREAS DEL ENFERMERO EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DOMICILIARIA

MARTA MARÍN RUIZ

ALBA LÓPEZ-PELÁEZ

CRISTINA DONAIRE RIVERA

CAROLINA CAMPOS PÉREZ

ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO

1 Introducción

La oncología domiciliaria es una rama de la medicina que ha cobrado creciente importancia en las últimas décadas, transformando la atención y el cuidado de pacientes con cáncer. Este enfoque se centra en brindar tratamiento y cuidados especializados a individuos diagnosticados con cáncer en la comodidad y familiaridad de sus hogares, en contraposición a la atención exclusiva en entornos hospitalarios. Esta práctica ha demostrado ser beneficiosa tanto para los pacientes como para el sistema de salud en general.

La oncología domiciliaria se basa en el principio de la atención centrada en el paciente. Proporciona un ambiente menos estresante y más personalizado para los pacientes oncológicos, lo que puede mejorar su calidad de vida, reducir la ansiedad y la depresión, y promover una mayor adherencia al tratamiento. Además,

permite una atención más integral, abordando no solo los aspectos médicos sino también las necesidades emocionales, sociales y psicológicas del paciente y su familia.

Los avances tecnológicos y farmacéuticos han contribuido al desarrollo de la oncología domiciliaria, permitiendo la administración de terapias intravenosas, seguimiento de síntomas y monitorización médica en el hogar. Esto ha ampliado las opciones de tratamiento y ha reducido la necesidad de hospitalización prolongada.

En un mundo donde la atención médica está en constante evolución, la oncología domiciliaria representa un cambio significativo en la forma en que abordamos el cáncer. Es un testimonio del compromiso de la medicina moderna con la mejora de la calidad de vida de los pacientes y la adaptación a las necesidades cambiantes de la atención médica. A medida que la investigación y la tecnología continúan avanzando, se espera que la oncología domiciliaria siga desempeñando un papel vital en el tratamiento y el cuidado de aquellos afectados por esta enfermedad desafiante.

2 Objetivos

Conocer las tareas del enfermero en el servicio de oncología domiciliaria y exponer la importancia de este servicio en el domicilio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 el servicio de oncología domiciliaria al proporcionar una amplia gama de cuidados y apoyo a pacientes con cáncer en sus hogares. Aquí se describen algunas de las funciones esenciales que los TCAE realizan en este entorno:

Cuidado directo al paciente: Los TCAE asisten en las actividades diarias del paciente, como la higiene personal, la movilidad y la alimentación. También ayudan en la administración de medicamentos orales y supervisan los signos vitales.

Control de síntomas: Los TCAE están capacitados para reconocer y comunicar síntomas como dolor, fatiga, náuseas o dificultad para respirar. Trabajan en estrecha colaboración con el equipo médico para abordar estos problemas y mejorar la comodidad del paciente.

Apoyo emocional: Brindan apoyo emocional al paciente y a su familia, ya que el cáncer puede ser emocionalmente desafiante. Escuchan las preocupaciones y proporcionan consuelo.

Educación al paciente: Los TCAE educan a los pacientes sobre su enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento y la autogestión de la salud. Esto ayuda a empoderar al paciente y a la familia en la toma de decisiones informadas.

Administración de cuidados paliativos: En casos en que la cura no sea posible, los TCAE trabajan en colaboración con el equipo de atención médica para proporcionar cuidados paliativos, centrados en mejorar la calidad de vida y el alivio del sufrimiento.

Coordinación del cuidado: Ayudan en la coordinación de servicios, como fisioterapia, terapia ocupacional o trabajadores sociales, asegurando que el paciente reciba atención integral y multidisciplinaria.

Documentación: Registran información importante sobre la atención brindada, incluyendo cambios en la condición del paciente, administración de medicamentos y efectividad de las intervenciones, lo que es fundamental para el seguimiento y la evaluación del tratamiento.

Seguridad: Los TCAE aseguran que el entorno del paciente sea seguro, minimizando riesgos de caídas y ayudando a prevenir infecciones.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería son parte integral del equipo de atención oncológica domiciliaria. Su enfoque en el cuidado directo al paciente, la comodidad, la educación y el apoyo emocional contribuyen significativamente a mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer y a facilitar su tratamiento en el entorno hogareño.

5 Discusión-Conclusión

Para un buen funcionamiento de la oncología domiciliaria, es esencial seguir algunas recomendaciones clave:

Coordinación interdisciplinaria: Fomentar la colaboración entre médicos, enfermeros, técnicos y trabajadores sociales para garantizar una atención integral y coordinada.

Formación y capacitación: Proporcionar una formación adecuada al personal en el manejo de la oncología domiciliaria, incluyendo la gestión de síntomas y la administración de tratamientos.

Comunicación efectiva: Mantener una comunicación abierta y regular con los pacientes y sus familias, brindando información clara sobre la enfermedad, el tratamiento y las expectativas.

Seguridad del paciente: Implementar medidas de seguridad para prevenir infecciones y accidentes en el entorno del paciente.

Monitoreo y seguimiento: Realizar un seguimiento constante del progreso del paciente, ajustando el plan de atención según sea necesario.

Recursos adecuados: Garantizar que se cuenten con los recursos necesarios, como medicamentos y equipos médicos, para brindar una atención de calidad.

Apoyo emocional: Ofrecer apoyo psicológico a pacientes y familias para ayudarles a enfrentar los desafíos emocionales relacionados con el cáncer.

Flexibilidad: Adaptar el plan de atención a las necesidades cambiantes del paciente, considerando su calidad de vida y preferencias.

Estas recomendaciones promueven una atención oncológica domiciliaria efectiva y centrada en el paciente, mejorando la calidad de vida de quienes luchan contra el cáncer en su entorno hogareño.

6 Bibliografía

Agra Varela, Y., Sacristán Rodea, A., Pelayo Alvarez, M., & Fernández, J. (2003). Relación de la calidad de vida con diferentes modelos de atención domiciliaria

en enfermos oncológicos terminales de un área sanitaria de Madrid. Revista española de salud pública, 77, 567-579.

Capítulo 47

ENFERMERÍA Y LA VALORACIÓN NUTRICIONAL EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO

RAQUEL DÍAZ ALMAZÁN

MARIA JOSE TRUJILLO LÓPEZ

ESTER GARCÍA CEBRIÁN

CARMEN MUÑOZ GUZMÁN

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 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:

1. 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 con-

veniente incluir antecedentes familiares y personales, enfermedades potencialmente 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.

2. 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:

- 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 estadímetro.

- 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

- 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.

- 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.

3. 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.
4. 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 48

ENFERMERÍA DE URGENCIAS. LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE LA TENSIÓN ARTERIAL NO INVASIVA

ANGELA NAZARET SEGOVIA RUBISCO

ANA ISABEL MOLINA MATITO

AMPARO GOMEZ ESPINOSA

VANESA LÓPEZ DEL PRADO PARDO

IRENE CAMACHO RODRIGUEZ

1 Introducción

La enfermedad cardiovascular es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en los países desarrollados.

La hipertensión arterial (HTA) es una patología que se produce cuando la presión que produce la sangre sobre las paredes de los vasos es alta.

La Organización mundial de la salud (OMS) determina como cifras de tensión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg. De tensión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg siempre y cuando el paciente no tome medicación que pueda alterar las cifras antes descritas.

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica relacionada con el sedentarismo, la obesidad, el estrés o consumo de alcohol, tabaco o con dietas ricas en sal.

Será necesario que el paciente lleve un seguimiento por parte de enfermería y se realicen controles periódicos y se lleven a cabo protocolos para el mantenimiento estable de la tensión arterial.

En la urgencia hipertensiva se produce una elevación de las cifras de presión arterial, pero no existe lesión aguda en los órganos diana. En la emergencia hipertensiva, por el contrario, sí que existe una lesión aguda de algún órgano diana.

Inicialmente, será necesario evaluar si se trata de una urgencia o emergencia y para ello necesitaremos realizar una correcta medición de las cifras de tensión arterial.

El objetivo siempre será reducir la tensión de manera gradual.

2 Objetivos

Conocer la manera correcta de tomar la HTA por parte del personal de enfermería

3 Metodología

En la realización del siguiente capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una revisión sistemática de libros y se han analizado artículos en las principales bases de datos. Se han seleccionado datos de aquellos relacionados con el tema de la hipertensión arterial, así como el procedimiento correcto en la toma de valores de la tensión arterial no invasiva.

4 Resultados

El manguito debe de ser el correcto para cada paciente, un manguito pequeño puede elevar las cifras. Este se colocará a 3 centímetros por encima de la flexión del codo. Debe de envolver el brazo y cerrarse con facilidad. La longitud de la cámara deberá alcanzar al menos el 80% de la circunferencia del brazo y el ancho de la cámara el 40% de la longitud del brazo.

Explicaremos al paciente que no debe de hablar durante el procedimiento de toma porque puede producir un aumento de las cifras.

El desinflado será de manera lenta y paulatina para conseguir una medición precisa. Se indica desinflar a una velocidad de 2 a 3 mm Hg por segundo.

Se recomienda al menos dos mediciones en el mismo brazo y deberá de ser el que tenga las cifras más altas porque los valores pueden variar de un brazo a otro. El brazo deberá de estar apoyado. Este deberá de quedar libre de ropa, ya que ropa gruesa puede elevar las cifras y la ropa no deberá de quedar enrollada para que no comprima el brazo. La fosa antecubital debe quedar liberada (El manguito debe quedar a 2 o 3 cm por encima del pliegue del codo con el fin de poder palpar la arterial braquial. El centro de la cámara coincidirá con la arteria braquial.

Para una toma correcta se recomienda no realizar ejercicio físico 30 minutos antes de la toma y reposo al menos 5 minutos antes del procedimiento.

Será necesario como mínimo tomar un par de mediciones separadas entre ellas, al menos por un minuto. En caso de que exista una diferencia de presión arterial entre ambas mayores de 5 mmHg se indicaría realizar una tercera toma.

Los pies deberán de estar apoyados y las piernas no deberán de quedar cruzadas.

Se recomienda además que la vejiga esté vacía y la espalda quede bien apoyada.

El esfigmomanómetro manual y el manómetro de mercurio deben de estar calibrados

En relación con las recomendaciones que debe dar enfermería encontramos:

- Reducir la ingesta de sal de la dieta.
- Evitar bebidas con caféina y alcohol
- Actividad y ejercicio físico, control del peso y evitar la obesidad.
- Control del estrés
- Toma de la medicación pautada y recordar que deberá seguir con el tratamiento diario prescrito por el facultativo.

5 Discusión-Conclusión

Según los resultados previamente indicados será fundamental que el personal de enfermería conozca aquellos factores que pueden producir una alteración de las cifras de tensión arterial.

Para un correcto cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico del paciente será necesario por parte de enfermería un seguimiento con el fin de mantener estables las cifras tensionales.

Enfermería deberá indicar al paciente que es una parte activa del proceso de hipertensión debido a que deberá realizar un seguimiento del tratamiento, una dieta prescrita y un ejercicio físico regular.

Una técnica correcta en la toma de cifras tensionales evitará errores en los valores.

El seguimiento de estos pacientes por parte de enfermería será necesario para evitar complicaciones como cardiopatías, infartos o accidentes cerebrovasculares, entre otros, que suponen un gran coste en nuestra sanidad.

6 Bibliografía

1. de Jesús Álvarez Díazb AG-LM b. SMLC, editor. Técnica para una correcta toma de la presión arterial en el paciente ambulatorio [Internet]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422016000300049
2. Alejandro IB. MEDICIÓN TENSION ARTERIAL [Internet]. Disponible en: https://enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/cap_10_sec_07.pdf
3. Consideraciones para Enfermería en la toma de la presión arterial [Internet]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/enfermeria-y-toma-de-presion-arterial/>
4. Rafael Santamaría Olmoa, María Dolores Redondo Pachóna, Casimiro Valle Domíngueza, Pedro Aljama Garcíaa. Urgencias y emergencias hipertensivas: tratamiento. abril de 2009; Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-urgencias-emergencias-hipertensivas-tratamiento-articulo-X1888970009000496>
5. Valero R, García Soriano A. Normas, consejos y clasificaciones sobre hipertensión arterial. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000100012
6. Cómo medir la tensión correctamente. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/blog-impulso-vital/2467-como-medir-la-tension-correctamente.html>

Capítulo 49

ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR O ICTUS

IRENE LOPEZ DE LA RIVA

1 Introducción

Los accidentes cerebrovasculares (ACV) son la consecuencia cuando flujo sanguíneo, por alguna razón, se detiene hacia una parte del cerebro. Debido a esto, una parte del cerebro deja de recibir el aporte de oxígeno y nutrientes necesario, por lo que las células cerebrales comienzan a morir. Esta situación puede llegar a provocar un daño severo e irreversible al paciente o incluso la muerte.

Dentro de estos ACV hay un tipo que se llama accidente isquémico transitorio (AIT). En este tipo de ACV solamente se interrumpe el flujo de sangre hacia el cerebro durante un corto periodo de tiempo, por lo que no causa daños permanentes, pero sí tienen probabilidad de sufrir en un futuro un ACV.

Los ACV se dividen en dos tipos, ACV isquémico y ACV hemorrágico. El isquémico es el más común (80%), en estos casos el coágulo de sangre obstruye el vaso sanguíneo.

En el caso del ACV hemorrágico la causa es, como bien dice su nombre, una hemorragia. Se produce porque algún vaso tiene una fuga o se ha roto.

Debido a la alta incidencia de estas patologías, se ha incrementado su investigación con el fin de encontrar una medida de prevención efectiva y poder evitar, en la medida de lo posible, algún caso.

2 Objetivos

Averiguar los factores de riesgo de los accidentes cerebrovasculares.

Conocer las formas de prevención de los accidentes cerebrovasculares.

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 fueron: ACV, ictus, factores de riesgo y AIT.

4 Resultados

Hay estudios en los que observamos que la incidencia de los ACV es muy elevada y las hospitalizaciones por esta causa son unas de las más comunes. Un estudio de 2010, nos indica que al año 16,9 millones de personas sufren un ACV.

Estas patologías son más comunes en hombres de entre 55 y 75 años, que en mujeres, aunque pueden ocurrir en ambos géneros.

Si hablamos de letalidad, esta va a depender primordialmente del subtipo de ACV.

Los ictus de origen hemorrágico son los que cursan con una mayor letalidad.

Debido a las mejoras en detección y tratamiento, la calidad de vida de los pacientes que han sufrido un ACV ha mejorado notablemente. A pesar de esta mejoría, los ACV en muchas ocasiones acarrea una serie de consecuencias bastante importantes.

Tras varios años de investigación, la bibliografía nos dice que existen múltiples factores de riesgo que nos predisponen a sufrir un ictus. Alguno de estos factores de riesgo son los que vamos a detallar a continuación:

- Hipertensión (HTA), presente en una gran cantidad de los pacientes que sufren un ACV.
- Tabaquismo
- Diabetes mellitus(DM)
- Sedentarismo
- Mala alimentación
- Problemas cardiovasculares
- Abuso de alcohol y drogas
- ...

Dentro de estos factores de riesgo diferenciamos los factores de riesgo no modificables, como pueden ser los problemas cardiovasculares, y los factores de riesgo

modificables. En cuanto a estos últimos, es muy importante trabajar en ellos para poder modificarlos y reducir las probabilidades de sufrir un ACV.

Las recomendaciones más comunes para modificar hábitos y reducir los factores de riesgo son:

- Dejar de fumar
- Llevar una dieta sana y equilibrada
- Control de la hipertensión
- Abandonar el sedentarismo, realizar ejercicio físico para fomentar una vida saludable.
- Evitar el consumo de alcohol y drogas, ya que en muchos casos son desencadenantes.

5 Discusión-Conclusión

El accidente cerebro vascular es una de las causas que más muertes e ingresos hospitalarios produce durante el año en todo el mundo.

Existen dos tipos, los accidentes cerebro vasculares isquémicos y los accidentes cerebro vasculares hemorrágicos. Aparte de estos dos tipos también existe el accidente isquémico transitorio, que no provoca daños permanentes, pero sí puede dejar alguna secuela leve.

Para poder controlar la aparición de este tipo de patología existen unas medidas de prevención que consisten en controlar los factores de riesgo modificables asociados a los accidentes cerebro vasculares. Es muy importante adquirir hábitos saludables y abandonar los hábitos que nos pueden desencadenar esta patología.

6 Bibliografía

1. Guzik A, Bushnell C. Stroke Epidemiology and Risk Factor Management. Continuum (Minneapolis, Minn). 2017 Feb;23(1, Cerebrovascular Disease):15-39. doi: 10.1212/CON.0000000000000416. PMID: 28157742.
2. Béjot Y, Daubail B, Giroud M. Epidemiology of stroke and transient ischemic attacks: Current knowledge and perspectives. Rev Neurol (Paris). 2016 Jan;172(1):59-68. doi: 10.1016/j.neurol.2015.07.013. Epub 2015 Dec 21. PMID: 26718592.

Capítulo 50

POLITRAUMATISMO: CONSECUENCIAS Y ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

IRENE LOPEZ DE LA RIVA

1 Introducción

El politraumatismo se refiere a la presencia de múltiples lesiones graves en un paciente debido a un evento traumático, como un accidente automovilístico, una caída desde una altura significativa o un acto de violencia. Las consecuencias de un politraumatismo pueden ser graves y variadas, y requieren una atención médica y de enfermería inmediata y especializada. Cada caso es único, y las consecuencias pueden variar dependiendo de la gravedad y la extensión de las lesiones sufridas. El cuidado de enfermería integral y especializado es fundamental para maximizar la recuperación del paciente y minimizar las complicaciones.

La prevalencia del politraumatismo puede variar según la región geográfica, la infraestructura de atención médica, las condiciones de seguridad vial y otros factores sociales y culturales. Una de las causas más comunes de politraumatismo son los accidentes de tráfico, estos producen la gran mayoría de politraumatismos actualmente. Son muy importantes las campañas de seguridad vial para evitar estos sucesos.

Estos accidentes conllevan muchas secuelas, alguna de ellas irreversible. El tratamiento y la rápida actuación es vital para la recuperación. La actuación de enfermería es crucial en la pronta y adecuada atención de este tipo de pacientes. El trabajo en equipo es la única opción para poder dar unos cuidados de calidad.

2 Objetivos

Conocer las consecuencias de un poli traumatismo a nivel físico.

Averiguar las adecuadas actuaciones de enfermería en un poli traumatismo.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el diagnóstico “paciente politraumatizado”.

Para ello se han utilizado bases de datos como Pubmed, Medline y Google Académico y revistas como son SciELO, Dialnet y Elsevier.

Se emplearon palabras clave como: paciente politraumatizado, asistencia de los servicios de emergencia, valoración primaria, valoración secundaria, asistencia in situ, traslado, emergencia, urgencia.

4 Resultados

El politraumatismo es una causa significativa de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, especialmente entre jóvenes y adultos jóvenes. Las principales causas de politraumatismos son accidentes de tráfico, caídas desde altura y actos violentos. Los accidentes de tráfico, según la Organización Mundial de la Salud(OMS), son los responsables de mas de 1,3 millones de muertes al año a nivel mundial. La prevención es una parte crucial para reducir la prevalencia de este problema de salud pública.

Un politraumatismo puede conllevar muchas secuelas, tanto físicas como mentales. A continuación se detallan las consecuencias más comunes de los politraumatismos:

Lesiones graves, como pueden ser fracturas óseas, hemorragias, lesiones de columna, etc.

Dolor intenso debido a esas lesiones graves. Controlar este dolor es una de las partes más importantes de la intervención enfermera.

Problemas respiratorios debido a lesiones torácicas. Neumotorax, contusiones pulmonares, etc. Estos problemas pueden suponer un alto riesgo para la supervivencia del paciente, ya que en muchas ocasiones llegan a necesitar soporte ventilatorio urgente.

Debido a las lesiones traumáticas que se producen en estos casos, pueden producirse hemorragias tanto internas como externas bastante significativas. Esta situación puede llevar al paciente a un estado de shock. En estos casos es muy

importante la actuación de enfermería, monitorizando al paciente, intentando controlar la hemorragia y administrando los líquidos necesarios para mantener la estabilidad hemodinámica del paciente.

Hay bastantes posibilidades de que estos pacientes desarrollen infecciones debido a que normalmente suelen existir heridas abiertas o necesitar algún tipo de procedimiento invasivo. Si finalmente desarrollan una infección como puede ser, una sepsis, una neumonía o una infección del tracto urinario, es posible que su estancia hospitalaria se prolongue.

Mentalmente, estas situaciones pueden producir al paciente un impacto emocional bastante fuerte y desarrollar algún tipo de trastorno psicológico. Pueden experimentar ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático, etc. Enfermería en estos casos lo que debe hacer es brindar apoyo emocional y psicológico al paciente y también a su familia durante la estancia hospitalaria y durante el proceso de recuperación.

Como ya se ha dicho anteriormente, la actuación de enfermería en estos casos es crucial para poder brindar una atención integral y especializada al paciente debido a la complejidad y a la necesidad de actuar lo más rápido posible.

Ante un caso de politraumatismo, la enfermera debe realizar una serie de acciones lo más rápido posible para poder saber el alcance de las lesiones y poder iniciar el tratamiento y la ayuda lo antes posible. Algunas de estas acciones enfermeras son las siguientes:

Valoración del paciente. Esta debe ser rápida y completa. Consiste en identificar y priorizar las lesiones más graves. Evaluar estado respiratorio, circulatorio y neurológico.

Estabilización inicial, es una prioridad. Asegurar, siempre, que la vía aérea esté permeable. En caso de hemorragia, tratarla para prevenir un posible shock hipovolémico.

Monitorización. Esto nos va a ayudar a tener controlado al paciente hemodinámicamente y, en caso de que haya cualquier cambio en su estado, poder tomar acciones rápidas.

Administrar medicación.

Manejo de fracturas. En caso de sospecha de fractura, enfermería debe inmovilizar adecuadamente la extremidad o las extremidades afectadas para evitar lesiones adicionales.

Prevención de infecciones. Realizar siempre los procedimientos invasivos de la forma más aséptica posible.

Cuando el paciente ya está valorado y estable, la enfermera se debe de enfocar en el apoyo emocional. Como citamos anteriormente, estas situaciones suelen ser

bastante traumáticas a nivel psicológico para el paciente, por lo que necesitan un apoyo emocional adecuado para afrontar la situación.

Durante la atención a este tipo de pacientes, el trabajo en equipo es muy importante. El equipo multidisciplinario debe trabajar coordinadamente y con buena comunicación para poder brindar los cuidados necesarios y correctos al paciente.

5 Discusión-Conclusión

los poli traumatismos son una de las urgencias más comunes en nuestro país. La mayoría son provocados por accidentes, más comúnmente, accidentes de tráfico. Cabe destacar que la atención de enfermería en casos de poli traumatismo requiere habilidades especializadas y entrenamiento adecuado. Su actuación es vital para el tratamiento y la recuperación del paciente. Los enfermeros deben estar preparados para responder de manera rápida y efectiva ante situaciones de emergencia, colaborar con otros profesionales y adaptarse a las necesidades cambiantes del paciente durante el proceso de atención.

Los pacientes politraumatizados tienen una recuperación lenta, que con paciencia y esfuerzo llegan a tener una calidad de vida bastante buena.

6 Bibliografía

https://unitia.secot.es/web/manual_residente/CAPITULO%2049.pdf

https://www.madrid.es/ficheros/SAMUR/data/304_01.htm

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572017000200008&script=sci_arttext

<http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/vol7n2/7-2-6.pdf>

Capítulo 51

ACTUACIÓN URGENTE DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE QUEMADO

IRENE LOPEZ DE LA RIVA

1 Introducción

Una quemadura es una lesión producida por la acción del calor, ya sea directa o indirectamente. Según el agente causal pueden ser:

Térmicas (por llamas, líquidos y sólidos calientes)

Químicas

Eléctricas

Por radiación. Normalmente, suelen producir lesiones únicamente en la piel, aunque en alguna ocasión llegan a afectar a órganos más profundos.

Los agentes causales más habituales son: las llamas y los líquidos calientes.

Actualmente, las quemaduras son uno de los accidentes más frecuentes que existen. Pueden llegar a ser invalidantes según la extensión quemada, el tipo de quemadura y la evolución de esta. Aproximadamente el 85% pueden ser evitables debido a que la mayoría son producidas en el hogar. Los más afectados suelen ser niños y adultos jóvenes.

La evolución de estos pacientes va a depender de diferentes factores. Estos son: la fuente de calor, el tiempo de actuación de esta fuente y su intensidad, los antecedentes y la edad del paciente y de la calidad del tratamiento que se le proporcione durante la fase aguda. Enfermería tiene un papel muy importante en esa calidad del tratamiento, papel fundamental para que la quemadura evolucione favorablemente.

Dentro de los tipos de quemaduras hay dos extremos totalmente opuestos. Están las quemaduras locales, en las cuales no hay afectación sistémica, y luego está el síndrome del gran quemado, en el cual nos vamos a centrar

En los grandes quemados, la situación es crítica, ya que las quemaduras no son la prioridad, sino que, la prioridad es estabilizar al paciente para evitar posibles complicaciones. Son el tipo de agresión biológica más grave que puede sufrir el organismo, ya que pone en peligro la vida del paciente por el constante riesgo de sepsis y fallo multisistémico progresivo. El pronóstico de estos pacientes, va directamente relacionado con la extensión de la quemadura y su profundidad.

2 Objetivos

- Conocer que es el “Síndrome del gran quemado”.
- Aprender a diferenciar los tipos de quemaduras.
- Detallar cómo actuar ante un paciente quemado en el servicio de urgencias.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el diagnóstico “paciente quemado”.

Para ello se han utilizado bases de datos como Pubmed. Medline y Google Académico y revistas como son SciELO, Dialnet y Elsevier.

Se emplearon palabras clave como: paciente quemado, gran quemado, tipos de quemaduras, actuación de enfermería, urgencias.

4 Resultados

La extensión de la quemadura, la profundidad y la gravedad, son los tres puntos clave de los que depende su pronóstico.

La extensión de una quemadura, normalmente, se calcula a través de la “Regla de los nueve de Wallace”. En esta regla, las regiones anatómicas corporales tienen un valor del 9% o un múltiplo de 9% de la superficie corporal total, excepto periné que tiene un valor del 1%. Esta regla solo es utilizada en adultos y/o > de 15 años. Hasta los 15 años se utiliza la tabla de Lund y Browder, ya que los niños tienen una mayor superficie craneal y unas extremidades inferiores más cortas.

Las quemaduras, según su profundidad, se clasifican en primer, segundo y tercer grado.

Las quemaduras de primer grado o epidérmicas afectan a la capa más superficial de la piel.

Las quemaduras de segundo grado o dérmicas, afectan a la epidermis y dermis. Dentro de este grado hay una subdivisión: segundo grado superficial o de espesor parcial superficial y segundo grado profundo o de espesor parcial profundo.

Las quemaduras de tercer grado o de espesor total, afectan todo el espesor de la piel. Este tipo de quemaduras, no producen dolor, ya que se destruyen todas las terminaciones nerviosas. Habitualmente, suelen precisar tratamiento quirúrgico e injertos.

La extensión y la profundidad de la quemadura, es lo que nos va a determinar la gravedad. También hay que tener en cuenta la localización de esta, ya que si es en cara, pliegues, manos, pies o genitales estamos ante una situación crítica. La edad del paciente, sus enfermedades y/o lesiones asociadas también van a ayudar a determinar el grado de gravedad.

En los servicios de urgencias hay protocolos establecidos para poder brindarle los cuidados necesarios y en el tiempo necesario a este tipo de pacientes. Se les debe de tratar como si fueran un paciente politraumatizado y hacer valoración ABC.

Cualquier técnica que se les realice debe de ser con la máxima asepsia posible, se deberá de utilizar guantes y mascarilla. Lo primero que se debe de hacer es retirar las prendas de ropa que estén quemadas y no se encuentren adheridas al paciente y posteriormente abrigo para evitar una posible hipotermia.

Se debe de realizar una valoración de la vía aérea, ya que en estos pacientes la obstrucción de la vía aérea superior por edema es bastante común y supone una emergencia vital. En caso de quemaduras que hayan ocurrido en espacios cerrados y presenten quemaduras faciales y en el cuello, ronquera progresiva, estridor y tos con esputo color carbón, debemos de sospechar de quemadura de la vía aérea superior.

En cuanto a la respiración se debe de comprobar la frecuencia y calidad de esta respiración. Se inspeccionará la coloración de la piel y el relleno capilar, observaremos los pulsos y temperatura. Y determinaremos el nivel de conciencia del paciente y el estado de las pupilas.

En un gran quemado se seguirán las siguientes pautas:

Asegurar vía aérea. En ocasiones, se precisará hacer una incubación endotraqueal urgente.

Reponer líquidos.

Elevar miembros que presenten edemas para evitar el síndrome compartimental.

Colocar en sedestación para disminuir la aparición de edema facial.

Prevenir y evitar la hipotermia.

Realizar sondaje vesical, siempre, para controlar la diuresis. También realizar nasogástrico en caso de que sea necesario.

Administrar analgesia y sedación para el dolor.

Dieta absoluta

Inmunización completa antitetánica.

En cuanto a quemaduras locales, actuaremos de la siguiente manera:

Quitar la ropa que no está adherida y los objetos que compriman.

Realizar una limpieza cuidadosa, no traumática, con compresas estériles con SSF o agua templada, retirando con cuidado restos.

Cubrir las quemaduras con compresas con SSF o agua templada y se evitará la manipulación.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente, las quemaduras son uno de los accidentes más frecuentes que existen. Pueden llegar a ser invalidantes según la extensión quemada, el tipo de quemadura y la evolución de esta. Aproximadamente el 85% pueden ser evitables debido a que la mayoría son producidas en el hogar. Los más afectados suelen ser niños y adultos jóvenes.

Es de vital importancia proporcionar unos cuidados rápidos y adecuados ante una situación de un paciente quemado. La actuación ha de ser rápida y eficaz durante las primeras horas para disminuir la morbi-mortalidad y los posibles riesgos y consecuencias asociados a una quemadura. Estas actuaciones ayudarán a poder obtener un mejor pronóstico de cara a la recuperación y calidad de vida del paciente.

6 Bibliografía

1. https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/1531CF3E-4418-469C-88E3-8591904913B8/4261b58d-7022-4b09-b8b3-539683c3d26b/Actuacion_Enfermeria_Urgencias_Quemados_t.pdf
2. http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA_EPOCA/2003/julio/quemado.htm
3. <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/quemadur.pdf>

4. <https://www.riojasalud.es/files/content/servicios/urgencias/profesionales/sesiones-clinicas/quemados-urgencias-completa.pdf>
5. <https://sagunto.san.gva.es/documents/7967159/8053824/quemaduras.pdf>

Capítulo 52

ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS DE HERIDAS QUIRÚRGICAS

JOSE LUIS MARTINEZ GOMEZ

TAMARA OLIVA LEÓN

DAVID FUENTES FERNANDEZ

MOHAMED EL AZZOUZI NASSIRI

NEREA CABALLERO CALERO

1 Introducción

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

- Herida limpia: son heridas que se producen de manera no traumática y no tienen por qué estar contaminadas ni contaminarse, ya que no se penetra en vías respiratorias, sistema genitourinario ni se accede a tejidos con posibilidad de infección, suelen cicatrizar por la llamada primera intención y el riesgo de contaminación es exógeno. La curación de la herida es primaria.
- Heridas limpias-contaminadas: son las ocasionadas cuando se penetra en cavidades comunicadas con el exterior, por ejemplo, en aperturas controladas del tracto respiratorio, tracto urinario y tubo digestivo, debido a que en su interior

albergan una flora que al salir al exterior puede contaminar y producir infección de la herida.

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

Los signos de valoración para cualquier herida quirúrgica son, entre otros:

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

2 Objetivos

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

3 Metodología

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

4 Resultados

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

- **Seroma:** es la acumulación de grasa líquida, suero o linfa en parte profunda de la herida. Suele ser una de las complicaciones más frecuentes, en la exploración se observa la tumefacción de la piel, que puede doler cuando se ejerce presión sobre la misma y con salida de líquido. Si su tamaño es muy grande se ha de proceder a su drenaje.
- **Sangrado y hematoma:** se produce cuando hay sangre por debajo de la herida, si el hematoma es fluctuante se ha de drenar con una aguja de gran tamaño, si existe un hematoma fluctuante grande se drenará con una aguja de gran calibre, si el hematoma se volviera a formar, se debería abrir de nuevo la sutura y ligar los vasos sanguíneos que estén abiertos.
- **Infección de la herida:** hay varios factores como puede ser la diabetes, malnutrición, uso de corticoesteroides o falta de higiene que favorecen la infección. En estos casos se recomienda la toma de cultivos de muestras para así poder descartar una infección, también habrá que evaluar la aparición de dolor, eritema, secreción de pus, calor local y fiebre asociada, por lo que habría que realizar hemocultivo. El facultativo pautará el tratamiento antibiótico empírico tras los resultados de los cultivos.
- **Necrosis:** es producida cuando el aporte de sangre es insuficiente, puede ser por factores intrínsecos como exceso de tensión, infección o los hematomas, o por factores extrínsecos como radiación, cirugías previas y enfermedades sistémicas entre otras.
- **Cicatrices hipertróficas:** el tejido cicatricial se eleva, pero está dentro de los bordes de la propia herida.
- **Eventración y evisceración:** la eventración es una hernia con contenido intestinal relacionada con la cicatriz de una laparotomía, suele aparecer en el postoperatorio tardío. La evisceración es la protrusión de las vísceras abdominales, causada por la dehiscencia de los planos de la pared abdominal tras la realización de una laparotomía.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de las heridas quirúrgicas, sanarán por primera intención con cierre primario mediante la aplicación de puntos y/o grapas. En cambio, el cierre de segunda intención ya implica la creación de un nuevo tejido para poder proporcionar el cierre desde la base de la herida hasta su superficie.

Es necesario que el personal de enfermería aplique el adecuado cuidado de las heridas quirúrgicas para así poder prevenir posibles complicaciones vigilando la correcta evolución del proceso de cicatrización, debiendo conocer las posi-

bles complicaciones para poder diagnosticarlas de manera precoz y tratarlas adecuadamente. Pueden aparecer complicaciones leves que con un manejo local correcto son solucionables, en cambio otras se deberán tratar con medidas más invasivas que pueden llegar a necesitar anestesia e incluso revisión quirúrgica.

6 Bibliografía

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

Capítulo 53

ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA

JOSE LUIS MARTINEZ GOMEZ

TAMARA OLIVA LEÓN

DAVID FUENTES FERNANDEZ

MOHAMED EL AZZOUZI NASSIRI

NEREA CABALLERO CALERO

1 Introducción

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

Es una de las fracturas más habituales en personas mayores debido a su movilidad, desgaste de huesos, etc. y más frecuente en mujeres. Una fractura de cadera

al afectar en la movilidad supone una importante disminución de la independencia y autonomía de la persona, ya que necesita ayuda y cuidados en su vida cotidiana.

Cuando un paciente tiene una posible rotura de cadera el facultativo le evaluará y realizará pruebas de diagnóstico (radiografías, escáner, etc.) para así decidir el proceso a seguir con la finalidad de la restauración de la salud. Dada la importancia de esta patología, el personal de enfermería deberá tener los conocimientos adecuados y actualizados respecto a su intervención en los cuidados sanitarios a estos pacientes.

2 Objetivos

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

3 Metodología

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

4 Resultados

Las fracturas de cadera se pueden tratar mediante proceso conservador o quirúrgico, la decisión le corresponde al equipo médico, especialmente al traumatólogo, evaluando en reunión clínica la anamnesis, salud general y expectativas de recuperación del paciente, aunque lo más habitual es el proceso quirúrgico.

La cirugía reparadora en las fracturas de caderas, consiste en el reemplazo parcial o total de la articulación de la cadera y el fémur, se realiza implantando una articulación artificial denominada prótesis. Existen dos principales tipos de prótesis:

- Prótesis parcial (PPC): es el reemplazo de una parte de la articulación, cabeza femoral.
- Reemplazo total de cadera (PTC): reemplazo de la totalidad de la articulación, tanto de la cabeza como cavidad femoral.

Antes de realizar la cirugía el equipo médico debe evaluar y estudiar; la ubicación de la fractura, estructura de la articulación, patologías como artritis, osteoporosis

y desgaste del cartílago, cuando se decide por la intervención quirúrgica, se le realizarán las pruebas preoperatorias pertinentes.

Cuando el paciente ingrese en planta, las funciones del personal diplomado universitario en enfermería (DUE) serán:

Atención preoperatoria. Se comprobará que el paciente porta la pulsera identificativa, realizando un ingreso adecuado, anotando el proceso de atención sanitaria a aplicar y la patología de base, para ello se revisará la historia clínica, examinado las pruebas preoperatorias y las complementarias. Se le tomará una vía para la administración de medicamentos, recogerán las muestras de sangre para las analíticas que le soliciten, se le tomarán las constantes, pulso, tensión, temperatura... Controlarán que el día anterior a la cirugía el paciente esté en ayunas, que no porte objetos metálicos como anillos, pendientes... ni dentadura postiza y se le administrará la medicación pautada por el facultativo.

Atención postoperatoria. Cuando el paciente es intervenido permanece un tiempo en el servicio de reanimación hasta que cirujanos y anestelistas le dan el alta y es conducido de regreso a su habitación, el paciente llega en una cama traumatológica con un armazón llamado Balkan, del que cuelgan unos contrapesos para mantener la pierna alineada correspondiente a la cadera operada. El personal de enfermería tomará la temperatura, presión arterial, saturación de oxígeno y frecuencia cardíaca del paciente, deberá evaluar el nivel de conciencia y la orientación espacio temporal del mismo, anotará todos los registros y observaciones en el informe del paciente y le suministrará la medicación tanto intravenosa como oral que prescriba el facultativo, registrando horas de pauta y dosis, si el paciente necesitará más analgesia antes de suministrarla lo consultará con el médico correspondiente. También realizará las curas de la operación según esté pautado.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto las fracturas de cadera son muy frecuentes, sobre todo en mujeres y personas mayores, la mayoría de las roturas se producen por caídas y traumatismos fuertes. El personal diplomado universitario en enfermería (DUE), debe tener los adecuados conocimientos y formación sobre la asistencia sanitaria a los pacientes antes y después de la intervención quirúrgica. El equipo médico es el que realizará la evaluación, valoración y diagnóstico de los pacientes aquejados por fractura de cadera, debiendo pautar los medicamentos, curas, pruebas y tratamientos a realizar por el personal de enfermería, pero este es el que tiene contacto muy directo y continuo con el paciente, observándolo y atendiendo sus

necesidades. El personal de enfermería deberá llevar registros digitales de información sobre el paciente diarios, anotando lo que observe, si se considera que el paciente necesita otra atención farmacológica o sanitaria, deberá ser consultada con el facultativo para su prescripción.

6 Bibliografía

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

Capítulo 54

ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS A UN PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA

JOSE LUIS MARTINEZ GOMEZ

TAMARA OLIVA LEÓN

DAVID FUENTES FERNANDEZ

MOHAMED EL AZZOUZI NASSIRI

NEREA CABALLERO CALERO

1 Introducción

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

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

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

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

2 Objetivos

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

3 Caso clínico

Nombre del paciente: María 68 años

Antecedentes médicos: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en estado avanzado, hipertensión arterial y enfermedad cardíaca.

Motivo de hospitalización: María fue ingresada en la unidad de cuidados intensivos debido a una exacerbación grave de su EPOC, lo que ha llevado a una insuficiencia respiratoria aguda que requiere ventilación mecánica invasiva.

Historia clínica: María ha tenido EPOC durante varios años, pero recientemente experimentó un aumento significativo de la dificultad para respirar. Llegó al hospital con una frecuencia respiratoria muy elevada, saturación de oxígeno baja y dificultad para hablar debido a la fatiga respiratoria. El equipo médico decidió intubarla y conectarla a un ventilador mecánico para mejorar la oxigenación y la ventilación pulmonar.

Estado actual: María está sedada y en ventilación mecánica con un modo de ventilación asistido-controlado (AC) para garantizar una adecuada oxigenación y evitar el agotamiento muscular. Aunque la ventilación ha mejorado su estado, se mantiene en una condición delicada debido a la gravedad de la EPOC.

Plan de cuidados de enfermería:

Diagnóstico de enfermería 1: Alteración del intercambio de gases relacionado con insuficiencia respiratoria aguda secundaria a EPOC.

- Objetivos:

Mantener una saturación de oxígeno arterial $\geq 92\%$.

Mejorar el intercambio gaseoso a través de la ventilación mecánica.

- Intervenciones de enfermería:

Monitorear continuamente los signos vitales, incluida la saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca, presión arterial y frecuencia respiratoria.

Ajustar los parámetros del ventilador según las indicaciones médicas y evaluar la efectividad de la ventilación mecánica.

Registrar el balance de líquidos y la producción de orina para evaluar la función renal y prevenir la retención de líquidos.

Diagnóstico de enfermería 2: Riesgo de úlceras por presión relacionado con la inmovilización y la ventilación mecánica prolongada.

- Objetivos:

Evitar la aparición de úlceras por presión durante la hospitalización.

- Intervenciones de enfermería:

Realizar cambios de posición cada 2 horas, usando dispositivos de asistencia si es necesario, para aliviar la presión en áreas vulnerables.

Inspeccionar periódicamente la piel para detectar signos precoces de enrojecimiento o lesiones y tomar las medidas adecuadas si se detectan áreas de riesgo.

Mantener la piel limpia y seca, evitando el uso de productos irritantes.

Diagnóstico de enfermería 3: Deterioro de la movilidad física relacionado con la ventilación mecánica y la debilidad muscular.

- Objetivos:

Prevenir la debilidad muscular y las complicaciones asociadas a la inmovilidad.

- Intervenciones de enfermería:

Realizar ejercicios de rango de movimiento pasivo en extremidades superiores e inferiores para mantener la movilidad articular y prevenir la rigidez.

Colaborar con el equipo de fisioterapia para implementar ejercicios de rehabilitación adecuados.

Proporcionar soporte nutricional adecuado para mantener la fuerza muscular y favorecer la cicatrización de tejidos.

Diagnóstico de enfermería 4: Dificultad para la comunicación relacionada con la intubación endotraqueal y la ventilación mecánica.

- Objetivos:

Facilitar la comunicación efectiva con el paciente.

- Intervenciones de enfermería:

Implementar técnicas de comunicación no verbal, como el uso de pizarras o tarjetas de comunicación.

Brindar apoyo emocional y fomentar la expresión de emociones y preocupaciones mediante la comunicación escrita o gestual.

Diagnóstico de enfermería 5: Riesgo de infecciones relacionado con la intubación endotraqueal y la estancia prolongada en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

- Objetivos:

Prevenir infecciones nosocomiales y complicaciones relacionadas.

63

- Intervenciones de enfermería:

Observar estrictamente las medidas de higiene de manos y utilizar equipo de protección personal adecuado durante la atención al paciente.

Realizar un manejo adecuado del tubo endotraqueal y las sondas para reducir el riesgo de contaminación.

Mantener un entorno limpio y bien ventilado para minimizar la propagación de patógenos.

Resultados conseguidos:

Objetivo 1: Mantener una saturación de oxígeno arterial $\geq 92\%$.

Resultados conseguidos: Gracias al monitoreo continuo de los signos vitales y los ajustes adecuados en los parámetros del ventilador, se logró mantener una saturación de oxígeno arterial dentro del rango objetivo. La saturación de oxígeno de María se mantuvo estable entre 94% y 96% durante su estancia en la UCI.

Objetivo 2: Evitar la aparición de úlceras por presión durante la hospitalización.

Resultados conseguidos: Con la implementación de cambios de posición cada 2 horas y la inspección periódica de la piel, se logró prevenir la aparición de úlceras por presión en María. La piel de María se mantuvo íntegra durante su hospitalización en la UCI, sin evidencia de áreas de enrojecimiento o lesiones.

Objetivo 3: Prevenir la debilidad muscular y las complicaciones asociadas a la inmovilidad.

Resultados conseguidos: A través de la realización de ejercicios de rango de movimiento pasivo y colaboración con el equipo de fisioterapia, se pudo mantener la movilidad articular de María y prevenir la rigidez muscular. Aunque todavía presentaba cierta debilidad debido a la enfermedad subyacente, no se desarrollaron complicaciones adicionales asociadas a la inmovilidad durante su hospitalización.

Objetivo 4: Facilitar la comunicación efectiva con el paciente.

Resultados conseguidos: Al implementar técnicas de comunicación no verbal, como el uso de pizarras y tarjetas de comunicación, se logró facilitar la interacción y comprensión con María mientras estaba intubada. A través de estas estrategias, María pudo expresar sus necesidades y preocupaciones, lo que mejoró la calidad de la atención y su experiencia en la UCI.

Objetivo 5: Prevenir infecciones nosocomiales y complicaciones relacionadas.

Resultados conseguidos: Gracias a la estricta observancia de las medidas de higiene de manos y el uso adecuado de equipo de protección personal, no se presentaron infecciones nosocomiales durante la hospitalización de María en la UCI. Además, el manejo adecuado del tubo endotraqueal y las sondas contribuyó a minimizar el riesgo de contaminación y complicaciones relacionadas.

4 Discusión-Conclusión

En el caso clínico de María se llevaron a cabo intervenciones de enfermería centradas en la mejora del intercambio de gases, la prevención de úlceras por presión, el mantenimiento de la movilidad física, la facilitación de la comunicación y la prevención de infecciones relacionadas.

En conclusión, el enfoque integral de enfermería en el caso de María permitió alcanzar resultados favorables en cuanto a la estabilización respiratoria, la integridad de la piel, la movilidad, la comunicación efectiva y la prevención de infecciones. La colaboración y la atención constante por parte del equipo de enfermería fueron fundamentales para el éxito del plan de cuidados y el bienestar general de la paciente durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos.

5 Bibliografía

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

Capítulo 55

EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL SHOCK ANAFILÁCTICO EN EL PACIENTE ADULTO

ISABEL RUESCAS CALLEJA

MARIA LUISA ROMERO ALONSO

DAMIÁN MARTÍNEZ CIFUENTES

1 Introducción

El shock anafiláctico es una reacción alérgica grave y potencialmente mortal que requiere una respuesta médica inmediata y coordinada. Cuando el organismo se encuentra en contacto con una sustancia alérgena, va a reaccionar con una serie de sintomatología contexto, el personal de enfermería desempeña un papel central debido a su proximidad constante al paciente y su conocimiento en el cuidado clínico.

Su diagnóstico es principalmente clínico, siendo necesario conocer la historia clínica del paciente y realizar una buena anamnesis, aunque hay que tener en cuenta que podemos encontrarnos ante un primer episodio. Es necesario disponer de muestras sanguíneas y pruebas alergológicas que evidencien el cuadro.

La sintomatología puede ser diferente entre una persona y otra y podemos encontrarnos con casos en los que se desarrollen de forma gradual o que aparezcan de forma brusca.

Desde el reconocimiento temprano y la administración de tratamientos adecuados hasta el apoyo emocional del paciente y la educación preventiva, la enfermería juega un papel integral en la atención de esta emergencia médica.

Tanto el compromiso como la competencia de la enfermería en el manejo del shock anafiláctico se traducen en mejores resultados para los pacientes, por ello es de vital importancia que estos profesionales se encuentren cualificados y entrenados para el manejo de pacientes con esta alteración.

2 Objetivos

1. Examinar las manifestaciones que permiten identificar un shock anafiláctico.
2. Explorar el rol que desempeña el personal de enfermería en el manejo efectivo del shock anafiláctico.
3. Analizar las principales intervenciones y cuidados de emergencia que deben ser administradas por el personal de enfermería en situaciones de shock anafiláctico en personas adultas.

3 Metodología

La presente revisión se ha realizado mediante la búsqueda sistemática y análisis crítico de literatura médica y directrices clínicas relevantes relacionadas con el tema a tratar. Se realizó una búsqueda inicial utilizando términos clave como "shock anafiláctico", "rol de enfermería", "manejo de emergencias", "educación del paciente", entre otros. Luego de una revisión inicial de títulos y resúmenes, se seleccionaron los artículos que cumplieron con los criterios de inclusión para su revisión completa. Se incluyeron artículos con menos de diez años de elaboración o revisión de la misma.

4 Resultados

El shock anafiláctico es una respuesta inmunológica sistémica y rápida a una sustancia alergena que puede llevar a una disfunción multiorgánica, por lo que supone un grave peligro para la vida del paciente en cuestión de minutos. Suele ser causado por la exposición a alérgenos, como alimentos, medicamentos, picaduras de insectos o látex, que pueden entrar en contacto con el paciente a

través de la superficie cutánea, por vía respiratoria, mediante la deglución o inyectada. Esta reacción desencadena una cascada de respuestas fisiológicas que pueden resultar en dificultad respiratoria, hipotensión, colapso cardiovascular y, en última instancia, la muerte si no se trata de manera adecuada y oportuna.

Reconocimiento y Evaluación: La identificación temprana de los signos y síntomas del shock anafiláctico es esencial para iniciar el tratamiento de manera eficaz. El personal de enfermería desempeña un papel crucial en este proceso al estar en la primera línea de atención. La capacidad de reconocer la aparición de síntomas como urticaria, edema facial y angioedema, dificultad respiratoria, taquicardia e hipotensión permite una intervención rápida y previene la progresión a un estado más grave. La observación constante y la familiaridad con la historia clínica del paciente permite identificar el cuadro de forma más precoz y precisa. Los síntomas generalmente aparecen después de unos segundos de estar en contacto con la sustancia alérgena. Los primeros síntomas que aparecen son los siguientes:

- Náuseas y vómitos.
- Disnea y ruidos respiratorios.
- Incremento de la frecuencia cardíaca y palpitaciones.
- Ansiedad y nerviosismo.
- Sequedad de boca.
- Ardor y entumecimiento facial y sobre todo en la lengua.
- Prurito y erupciones cutáneas.
- Dolor abdominal y opresión en el pecho.
- Aparición de vesículas e hinchazón de los párpados, lengua y cara.
- En primera instancia se va a producir vasodilatación, edema e hipotensión, como consecuencia el organismo responderá acelerando el pulso para satisfacer las demandas de órganos y tejidos. Esta taquicardia irá descendiendo con el consecuente empeoramiento de riego sanguíneo en los tejidos. Al mismo tiempo puede aparecer edema laríngeo, broncoespasmo severo y la consecuente cianosis. Finalmente, el paciente entrará en shock y sufrirá una parada cardiorrespiratoria si no recibe tratamiento.

Intervención y Tratamiento: Una vez que se confirma el diagnóstico de shock anafiláctico, los enfermeros están capacitados para administrar tratamientos de emergencia de forma inmediata. Los pasos a seguir serán los siguientes:

1. El primer paso es detener inmediatamente el contacto del paciente con la sustancia alérgica, si es posible. Acto seguido se procederá a colocar al paciente en posición de seguridad, en este caso será tumbado horizontalmente con los miembros inferiores por encima de nivel cardíaco.
2. Si el alérgeno fuese un alimento, en ningún caso se provocará el vómito y se intentarán retirar restos alimenticios de la cavidad oral si los hubiese.
3. Inserción de un acceso venoso periférico de gran calibre, si es posible, para la administración de tratamiento. Al mismo tiempo tomaremos una muestra de sangre para analítica completa y una gasometría arterial.
4. Administración de adrenalina. Puesto que la adrenalina también puede administrarse de forma subcutánea, podemos comenzar a administrarla por esta vía mientras se consigue acceso venoso. Además, es importante mencionar que la adrenalina es una catecolamina natural, que mediante la estimulación de receptores B va a producir efectos a nivel cardíaco (incremento tanto de la frecuencia cardíaca como de la velocidad de conducción y fuerzas de contracción) y respiratorio (broncodilatación). Los profesionales de enfermería deben estar familiarizados con las dosis apropiadas y las técnicas de administración para garantizar una respuesta rápida y eficiente.
5. Mantener vía aérea permeable y administrar oxigenoterapia a dosis necesarias para garantizar una adecuada oxigenación del paciente.
6. Al mismo tiempo que se administra el tratamiento es esencial la monitorización continua de los signos vitales del paciente, control de glucemias y valoración neurológica.
7. Traer el carro de paradas y material para intubación por si fuese necesario.
8. Administración de fluidoterapia expansora de plasma, Ringer Lactato o solución fisiológica según pauta médica.
9. Administración de antihistamínicos y glucocorticoides. Estos últimos tienen un efecto más tardío y su uso se aplica más para evitar el deterioro que en el momento de la urgencia.

10. Administrar los fármacos prescritos. Los más utilizados en estos casos además de los mencionados, suelen ser broncodilatadores, glucagón, atropina y vasopresores.

Monitorización Continua: Durante el tratamiento y la recuperación del paciente, la monitorización continua es esencial para evaluar la respuesta a la terapia y detectar cualquier complicación potencial. Los enfermeros supervisan los signos vitales, la saturación de oxígeno y la función cardiovascular, ajustando las intervenciones según sea necesario para mantener la estabilidad hemodinámica.

Comunicación Interdisciplinaria: El tratamiento del shock anafiláctico implica un enfoque interdisciplinario que involucra a médicos, enfermeros, alergólogos y otros profesionales de la salud. La enfermería actúa como punto central de comunicación, asegurando que la información fluya de manera eficiente entre los diferentes miembros del equipo. Esto facilita la toma de decisiones colaborativas y la implementación rápida de las medidas necesarias.

Apoyo Emocional y Educación: Experimentar un shock anafiláctico puede ser aterrador y traumático para el paciente y sus familiares. La enfermería desempeña un papel vital al proporcionar apoyo emocional, aliviar la ansiedad y brindar información clara sobre la condición y el tratamiento. La prevención de futuros episodios de shock anafiláctico es un objetivo importante en la atención al paciente. Aquí es donde la enfermería desempeña un papel educativo crucial al proporcionar información detallada sobre los alérgenos desencadenantes, la autoadministración de epinefrina y las medidas preventivas. Empoderar al paciente con conocimiento esencial puede marcar la diferencia en la prevención de recurrencias.

Registro de las intervenciones y cuidados de enfermería: Es importante que se describa detalladamente la presencia del cuadro y la evolución de este, detallando la sintomatología del paciente, el alérgeno causante o la sospecha de este, la vía de contacto entre el paciente y el alérgeno y el tiempo transcurrido desde el contacto con la sustancia hasta que aparecieron los síntomas. Se debe dejar registrado de forma llamativa en toda la documentación del paciente el tipo de alergia. También se registrará toda la medicación administrada, las constantes del paciente y las técnicas realizadas (sondajes, inserción de vías...).

5 Discusión-Conclusión

La atención y el manejo exitoso del shock anafiláctico dependen en gran medida de la competencia y la dedicación del personal de enfermería. Su capacidad para reconocer rápidamente los síntomas, administrar tratamientos esenciales y brindar apoyo integral contribuye significativamente a la supervivencia y recuperación de los pacientes.

La formación continua y la actualización de las habilidades son fundamentales para garantizar que los profesionales de enfermería estén preparados para abordar eficazmente esta emergencia médica potencialmente letal.

La contribución de la enfermería en el manejo del shock anafiláctico abarca desde la identificación temprana hasta la educación a largo plazo. La capacidad de reconocer los signos iniciales, administrar cuidados de emergencia y facilitar la comunicación interdisciplinaria son pilares fundamentales en el enfoque integral hacia el tratamiento de esta condición.

La enfermería no solo alivia los síntomas agudos, sino que también juega un papel crucial en la prevención de recurrencias al educar a los pacientes y sus cuidadores sobre cómo evitar desencadenantes y cómo responder ante futuras reacciones alérgicas.

6 Bibliografía

1. NICE (2020). Anaphylaxis: assessment and referral after emergency treatment. Clinical guideline [CG134] . NICE. (s/f). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg134/chapter/1-Recommendations>
2. Bustamante Bozzo, R. (2021). Anafilaxia y shock anafiláctico. Revista chilena de anestesia, 50(1). doi:10.25237/revchilanestv50n01-04
3. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) [actualizado 23 enero 2022] Anafilaxia; [consulta 30 jul. 2023]; Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000844.htm>
4. Investigación, R. S. (2023, marzo 19). Diagnóstico y tratamiento de enfermería en pacientes con anafilaxia. Revista Sanitaria de Investigación. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/diagnostico-y-tratamiento-de-enfermeria-en-pacientes-con-anafilaxia/>

5. Shaker MS, Wallace DV, Golden DBK, et al. (2020). Anaphylaxis-a 2020 practice parameter update, systematic review, and Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) analysis. *The Journal of allergy and clinical immunology*, 145(4):1082-1123. doi: 10.1016/j.jaci.2020.01.017

Capítulo 56

NECESIDADES ASISTENCIALES EN EL CUIDADO DEL PACIENTE GERIÁTRICO PARA UN CUIDADO PERSONALIZADO E INTEGRAL

LIRIA CHAMORRO RUFO

SONIA BRICEÑO GARCÍA

SANDRA CASTELLANOS CUEVAS

LOURDES SEGOVIA GARCÍA DE MARINA

MARIA CRUCES RODRÍGUEZ PERAL LÓPEZ ASTILLEROS

1 Introducción

La actividad física es un factor determinante para la salud y el bienestar de las personas, especialmente de los adultos mayores. El ejercicio físico regular puede aportar múltiples beneficios para la salud cardiovascular y cognitiva de este grupo poblacional, que se enfrenta a diversos desafíos y riesgos asociados al envejecimiento. En este trabajo se realiza una revisión bibliográfica en el ámbito de la medicina geriátrica sobre los beneficios del ejercicio físico en la salud cardiovascular y cognitiva de los adultos mayores, con el objetivo de sintetizar la evidencia científica disponible y ofrecer recomendaciones prácticas para su promoción e implementación.

La salud cardiovascular se refiere al funcionamiento óptimo del corazón y los vasos sanguíneos, que son esenciales para el transporte de oxígeno y nutrientes a los órganos y tejidos del cuerpo. La salud cognitiva se refiere a las capacidades mentales que permiten procesar, almacenar y utilizar la información, como la memoria, la atención, el razonamiento y el lenguaje. Ambas dimensiones de la salud están íntimamente relacionadas y se ven afectadas por el proceso de envejecimiento, que implica cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que pueden comprometer la calidad de vida de los adultos mayores.

Numerosos estudios han demostrado que el ejercicio físico tiene efectos positivos sobre la salud cardiovascular y cognitiva de los adultos mayores, tanto a nivel preventivo como terapéutico. Entre los beneficios del ejercicio físico para la salud cardiovascular se encuentran: la mejora de la función cardíaca y vascular, la reducción de la presión arterial, el control del peso corporal, el aumento del colesterol bueno (HDL) y la disminución del colesterol malo (LDL), la prevención y el tratamiento de enfermedades cardiovasculares como la hipertensión, la angina, el infarto o el accidente cerebrovascular. Entre los beneficios del ejercicio físico para la salud cognitiva se encuentran: el aumento del flujo sanguíneo cerebral, la estimulación de la neurogénesis y la plasticidad neuronal, la mejora de las funciones cognitivas como la memoria, la atención, el razonamiento o el lenguaje, la prevención y el retraso del deterioro cognitivo y la demencia, la mejora del estado de ánimo y el bienestar psicológico.

En conclusión, el ejercicio físico es una herramienta eficaz para mejorar y preservar la salud cardiovascular y cognitiva de los adultos mayores, lo que se traduce en una mayor autonomía, independencia y calidad de vida. Sin embargo, existen barreras individuales, sociales y ambientales que dificultan su práctica regular por parte de este colectivo. Por ello, es necesario diseñar e implementar estrategias que promuevan el ejercicio físico como un hábito saludable entre los adultos mayores, adaptándolo a sus características, necesidades y preferencias. Asimismo, es importante realizar más investigaciones que profundicen en los mecanismos, las dosis y los tipos óptimos de ejercicio físico para maximizar sus beneficios sobre la salud cardiovascular y cognitiva.

A continuación, se presentan los objetivos de esta revisión bibliográfica, que se orientan a describir, analizar, presentar y proponer aspectos relevantes sobre la enfermería y la geriatría.

2 Objetivos

- Analizar la evidencia científica disponible sobre los efectos positivos del ejercicio físico en la salud cardiovascular y cognitiva de los adultos mayores, así como las recomendaciones y las barreras para su práctica regular.
- Identificar los principales beneficios del ejercicio físico para la salud cardiovascular y cognitiva de los adultos mayores, según el tipo, la intensidad, la duración y la frecuencia del ejercicio.
- Comparar las distintas fuentes de información sobre el tema, evaluando su calidad, relevancia y actualidad.
- Sintetizar la información obtenida de las fuentes, resaltando los hallazgos más importantes.

3 Metodología

Este trabajo se basa en una búsqueda sistemática y exhaustiva de libros, revistas y artículos con carácter científico que aborden el tema propuesto desde el ámbito de la medicina geriátrica. El objetivo es identificar, seleccionar, analizar y sintetizar la evidencia científica disponible sobre los efectos positivos del ejercicio físico en la salud cardiovascular y cognitiva de los adultos mayores, así como las recomendaciones y las barreras para su práctica regular. Para ello, se han utilizado las siguientes bases de datos académicas como fuentes de información: Scielo, PubMed y NCBI Bookshelf.

Criterios de inclusión: se han escogido los documentos que estén redactados en español o en inglés, que sean de tipo original o de revisión, que tengan una calidad metodológica adecuada y que hayan sido publicados entre el año 2014 y el 2023. Se han empleado las siguientes palabras clave y sus combinaciones para la búsqueda: ejercicio físico, salud cardiovascular, salud cognitiva, adulto mayor, medicina geriátrica. Los términos se combinaron utilizando los operadores booleanos AND y OR. Se han examinado los títulos y resúmenes de los documentos obtenidos y se han escogido aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión. Se ha accedido al texto completo de los documentos escogidos y se ha realizado una lectura crítica y analítica de ellos. Se ha extraído la información necesaria para alcanzar los objetivos del proyecto y se ha organizado en las diversas secciones del proyecto. Se ha realizado una síntesis e interpretación de los hallazgos y se han llegado a las conclusiones pertinentes.

4 Resultados

La revisión bibliográfica comenzó con una búsqueda de 210 referencias, de las cuales 120 fueron descartadas por ser repetidas o no ajustarse a los criterios de inclusión. De las 90 referencias restantes, 81 fueron excluidas por no tratar el tema, ser de tipo editorial o comentario, o tener una calidad metodológica insuficiente. Finalmente, la revisión incluyó 9 artículos que abordaron los beneficios del ejercicio físico para la salud cardiovascular y cognitiva de las personas mayores, así como los tipos, las intensidades, las duraciones y las frecuencias de ejercicio físico más adecuados para este grupo poblacional.

Los artículos revisados muestran que el ejercicio físico mejora la función cardíaca y vascular, reduce la presión arterial, controla el peso corporal, previene y trata enfermedades cardiovasculares como la hipertensión, la angina, el infarto o el accidente cerebrovascular. Asimismo, el ejercicio físico aumenta el flujo sanguíneo cerebral, estimula la neurogénesis y la plasticidad neuronal, mejora las funciones cognitivas como la memoria, la atención, el razonamiento o el lenguaje, previene y retrasa el deterioro cognitivo y la demencia, mejora el estado de ánimo y el bienestar psicológico. Estos efectos positivos se deben a diversos mecanismos biológicos y psicológicos que involucran al sistema nervioso central y periférico, al sistema endocrino e inmunológico, al sistema músculo-esquelético y al sistema cardiovascular.

En relación con identificar los principales beneficios del ejercicio físico para la salud cardiovascular y cognitiva de los adultos mayores, según el tipo, la intensidad, la duración y la frecuencia del ejercicio, se puede observar que existen diferentes modalidades de ejercicio físico que pueden adaptarse a las características, necesidades y preferencias de los adultos mayores. Entre las modalidades más estudiadas se encuentran el ejercicio aeróbico, el ejercicio de resistencia, el ejercicio multimodal y el ejercicio mente-cuerpo. El ejercicio aeróbico es aquel que implica un aumento del consumo de oxígeno por parte de los músculos durante un período prolongado de tiempo. El ejercicio de resistencia es aquel que implica una contracción muscular contra una resistencia externa. El ejercicio multimodal es aquel que combina diferentes tipos de ejercicios en una misma sesión o programa. El ejercicio mente-cuerpo es aquel que integra componentes físicos y mentales en una misma práctica. Algunos ejemplos de estas modalidades son caminar, correr, nadar, andar en bicicleta, hacer pesas, bandas elásticas, circuitos funcionales, tai chi, yoga o pilates.

Los estudios revisados indican que todas estas modalidades de ejercicio físico pueden aportar beneficios para la salud cardiovascular y cognitiva de los adul-

tos mayores; sin embargo, existen algunas diferencias en cuanto a su eficacia según los objetivos específicos que se persigan. Por ejemplo, el ejercicio aeróbico parece ser más efectivo para mejorar la capacidad cardiorrespiratoria y prevenir enfermedades cardiovasculares, mientras que el ejercicio de resistencia parece ser más efectivo para aumentar la fuerza muscular y prevenir la sarcopenia y la osteoporosis. El ejercicio multimodal parece ser más efectivo para mejorar el rendimiento funcional y prevenir las caídas, mientras que el ejercicio mente-cuerpo parece ser más efectivo para mejorar la atención y la memoria y prevenir el deterioro cognitivo y la demencia. Estas diferencias se deben a que cada modalidad de ejercicio físico estimula diferentes vías fisiológicas y moleculares que afectan al cerebro y al corazón.

En cuanto a la intensidad del ejercicio físico, se considera que es baja cuando no produce un aumento significativo de la frecuencia cardíaca o de la percepción del esfuerzo; moderada cuando produce un aumento moderado de estos parámetros; y vigorosa cuando produce un aumento alto de estos parámetros. La intensidad del ejercicio físico se puede medir mediante métodos objetivos como el porcentaje de frecuencia cardíaca máxima o reserva o mediante métodos subjetivos como la escala de Borg o el test del habla. Los estudios revisados sugieren que tanto el ejercicio físico de intensidad moderada como el de intensidad vigorosa pueden tener efectos beneficiosos para la salud cardiovascular y cognitiva de los adultos mayores; sin embargo, el ejercicio físico de intensidad vigorosa parece tener un mayor impacto en la mejora de la capacidad cardiorrespiratoria, la función vascular y la neurogénesis. No obstante, el ejercicio físico de intensidad vigorosa también puede conllevar mayores riesgos de lesiones o eventos adversos, especialmente en adultos mayores con enfermedades crónicas o limitaciones funcionales. Por lo tanto, se recomienda que la intensidad del ejercicio físico se ajuste a las condiciones individuales de cada adulto mayor, teniendo en cuenta sus objetivos, su nivel de aptitud física, su estado de salud y sus preferencias.

Con respecto a la duración del ejercicio físico, se refiere al tiempo que se dedica a realizar una sesión o una semana de ejercicio físico. La duración del ejercicio físico puede variar según el tipo, la intensidad y la frecuencia del mismo. Los estudios revisados muestran que la duración óptima del ejercicio físico para obtener beneficios para la salud cardiovascular y cognitiva de los adultos mayores no está claramente establecida; sin embargo, se basan en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que sugieren realizar al menos 150 minutos semanales de ejercicio físico moderado o 75 minutos semanales de ejercicio físico vigoroso, o una combinación equivalente de ambos. Estos minutos semanales se

pueden distribuir en sesiones diarias o alternas de al menos 10 minutos cada una. Algunos estudios indican que realizar sesiones más largas o más frecuentes de ejercicio físico puede potenciar los efectos sobre la salud cardiovascular y cognitiva; sin embargo, otros estudios no encuentran diferencias significativas entre diferentes duraciones. Por lo tanto, se recomienda que la duración del ejercicio físico se adapte a las posibilidades y disponibilidades de cada adulto mayor, teniendo en cuenta sus objetivos, su nivel de aptitud física, su estado de salud y sus preferencias.

Todos los artículos tienen un carácter original o de revisión y han sido publicados entre los años 2014 y 2021. La mayoría de los artículos utilizan diseños experimentales como ensayos clínicos aleatorizados o cuasiexperimentales como estudios pre-post o con grupo control. Algunos artículos utilizan diseños observacionales como estudios transversales o longitudinales. Los artículos emplean diferentes medidas para evaluar la salud cardiovascular y cognitiva de los adultos mayores, como pruebas fisiológicas, neuropsicológicas, funcionales o autoinformadas. Los artículos incluyen muestras variadas de adultos mayores según su edad, sexo, nivel educativo, estado cognitivo o estado funcional. Los artículos presentan resultados consistentes y coherentes con la hipótesis planteada; sin embargo, también reconocen algunas limitaciones como el tamaño muestral reducido, la falta de cegamiento, el sesgo de selección o el riesgo de confusión.

En lo referente a los hallazgos más importantes, se puede resumir que los artículos revisados aportan evidencia sólida y actualizada sobre los beneficios del ejercicio físico para la salud cardiovascular y cognitiva de los adultos mayores. Los hallazgos más importantes son:

- El ejercicio físico mejora la función cardíaca y vascular, reduce la presión arterial, controla el peso corporal, previene y trata enfermedades cardiovasculares como la hipertensión, la angina, el infarto o el accidente cerebrovascular.
- El ejercicio físico aumenta el flujo sanguíneo cerebral, estimula la neurogénesis y la plasticidad neuronal, mejora las funciones cognitivas como la memoria, la atención, el razonamiento o el lenguaje, previene y retrasa el deterioro cognitivo y la demencia, mejora el estado de ánimo y el bienestar psicológico.
- El ejercicio físico puede ser de diferentes modalidades, como aeróbico, de resistencia, multimodal o mente-cuerpo, que pueden adaptarse a las características, necesidades y preferencias de los adultos mayores.
- El ejercicio físico puede ser de diferentes intensidades, como baja, moderada o vigorosa, que pueden ajustarse a las condiciones individuales de cada adulto mayor, teniendo en cuenta sus objetivos, su nivel de aptitud física, su estado de salud y sus preferencias.

- El ejercicio físico puede tener diferentes duraciones, como corta, media o larga, que pueden variar según el tipo, la intensidad y la frecuencia del ejercicio. Se recomienda realizar al menos 150 minutos semanales de ejercicio físico moderado o 75 minutos semanales de ejercicio físico vigoroso, o una combinación equivalente de ambos.

5 Discusión-Conclusión

Este trabajo ha consistido en una revisión bibliográfica de fuentes científicas sobre el ejercicio físico y la salud cardiovascular y cognitiva de las personas mayores, con el fin de analizar los beneficios de esta práctica para el envejecimiento saludable.

Se ha revisado el concepto, los tipos y las recomendaciones del ejercicio físico para las personas mayores, destacando que se trata de una actividad planificada, estructurada y repetitiva que tiene como objetivo mejorar o mantener la aptitud física, la salud o el bienestar. Se han diferenciado diversas modalidades de ejercicio físico, como el aeróbico, el de resistencia, el multimodal o el mente-cuerpo, que pueden adaptarse a las características, necesidades y preferencias de cada persona mayor. Se han seguido las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y del American College of Sports Medicine, que indican que las personas mayores deben realizar al menos 150 minutos semanales de ejercicio físico moderado o 75 minutos semanales de ejercicio físico vigoroso, o una combinación equivalente de ambos, además de ejercicios para mejorar la fuerza muscular, el equilibrio, la flexibilidad y la coordinación.

Se han identificado los beneficios que ofrece el ejercicio físico para la salud cardiovascular y cognitiva de las personas mayores. Entre ellos se encuentran: la mejora de la función cardíaca y vascular, la reducción de la presión arterial, el control del peso corporal, la prevención y el tratamiento de enfermedades cardiovasculares como la hipertensión, la diabetes o el infarto; la estimulación de procesos neuroplásticos como la neurogénesis, la angiogénesis o la sinaptogénesis; la protección y el mantenimiento de la estructura y la función cerebral; la mejora del rendimiento cognitivo, especialmente en los dominios de las funciones ejecutivas y la memoria; la prevención y el retraso del deterioro cognitivo y la demencia; y la mejora del estado de ánimo y el bienestar psicológico.

Los artículos revisados muestran que todas estas modalidades e intensidades de ejercicio físico pueden aportar beneficios para la salud cardiovascular y cognitiva de los adultos mayores; sin embargo, algunos estudios sugieren que el ejercicio físico de intensidad vigorosa puede tener un mayor impacto en la mejora de la

capacidad cardiorrespiratoria, la función vascular y la neurogénesis. Asimismo, algunos estudios indican que realizar sesiones más largas o más frecuentes de ejercicio físico puede potenciar los efectos sobre la salud cardiovascular y cognitiva. Estas diferencias se deben a que cada modalidad e intensidad de ejercicio físico estimula diferentes vías fisiológicas y moleculares que afectan al cerebro y al corazón.

En definitiva, se puede afirmar que el ejercicio físico es una práctica beneficiosa para la salud cardiovascular y cognitiva de las personas mayores. El ejercicio físico ofrece múltiples ventajas y oportunidades para la prevención y el tratamiento de enfermedades y trastornos relacionados con el envejecimiento, así como para la mejora de la calidad de vida y el bienestar de las personas mayores. Se espera que esta revisión bibliográfica contribuya a difundir el conocimiento sobre el ejercicio físico y la salud cardiovascular y cognitiva de las personas mayores y a impulsar su desarrollo futuro.

6 Bibliografía

1. Langhammer, Birgitta et al. The Importance of Physical Activity Exercise among Older People. *BioMed research international* vol. 2018 7856823. 5 Dec. 2018, doi:10.1155/2018/7856823
2. Musich, Shirley et al. The Frequency and Health Benefits of Physical Activity for Older Adults. *Population health management* vol. 20,3 (2017): 199-207. doi:10.1089/pop.2016.0071
3. Kirk-Sanchez, Neva J, and Ellen L McGough. Physical exercise and cognitive performance in the elderly: current perspectives. *Clinical interventions in aging* vol. 9 (2014): 51-62. doi:10.2147/CIA.S39506
4. Quigley, Adria et al. Effects of Exercise on Cognitive Performance in Older Adults: A Narrative Review of the Evidence, Possible Biological Mechanisms, and Recommendations for Exercise Prescription. *Journal of aging research* vol. 2020 1407896. 14 May. 2020, doi:10.1155/2020/1407896
5. Mandolesi, Laura et al. Effects of Physical Exercise on Cognitive Functioning and Wellbeing: Biological and Psychological Benefits. *Frontiers in psychology* vol. 9 509. 27 Apr. 2018, doi:10.3389/fpsyg.2018.00509
6. Barha, Cindy K et al. Cardiovascular risk moderates the effect of aerobic exercise on executive functions in older adults with subcortical ischemic vascular cognitive impairment. *Scientific reports* vol. 11,1 19974. 7 Oct. 2021, doi:10.1038/s41598-021-99249-1
7. McPhee, Jamie S et al. Physical activity in older age: perspectives for healthy

ageing and frailty. *Biogerontology* vol. 17,3 (2016): 567-80. doi:10.1007/s10522-016-9641-0

8. Tse, Andy C Y et al. Effect of Low-intensity Exercise on Physical and Cognitive Health in Older Adults: a Systematic Review *Sports medicine - open* vol. 1,1 (2015): 37. doi:10.1186/s40798-015-0034-8

9. Nuzum, Hallie et al. Potential Benefits of Physical Activity in MCI and Dementia. *Behavioural neurology* vol. 2020 7807856. 12 Feb. 2020, doi:10.1155/2020/7807856

Capítulo 57

INFLUENCIA DEL CONTROL Y MANEJO DE LAS SITUACIONES DE URGENCIA EN EL PACIENTE PALIATIVO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

CRISTINA SERRANO MOVILLA

MONTSERRAT COMINO BRUNNER

ELSA MOLINERO CASTAÑEDA

LOURDES IZQUIERDO MINGUEZ

SARA CASTELLANOS CASTRO

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud define a los cuidados paliativos como un planteamiento asistencial para atender las necesidades y mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad avanzada mortal. Dentro de los cuidados paliativos se incluyen pacientes con enfermedad avanzada, oncológica y no oncológica. Debido a la situación en la que se encuentran, la atención debe realizarse de manera integral. (1)

Autores defienden que el cuidado paliativo debe comenzar en la fase temprana de cualquier enfermedad que amenace la vida del paciente. Por lo tanto, esta

primera fase de tratamiento tiene como objetivo el alargamiento de la vida del paciente. Sin embargo, la progresión y evolución de la enfermedad ha desarrollado el tratamiento paliativo a través del cual no se trata para alargar la vida, sino para aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida del paciente (2,3).

La atención integral y coordinada entre los profesionales ayuda al paciente a vivir la última etapa de su vida con dignidad y el menor sufrimiento posible. Por lo tanto, aspectos como la comunicación, transmisión de la información, atención y control de las situaciones difíciles son fundamentales para que el paciente paliativo mantenga la mayor calidad de vida posible.

Sin embargo, en el paciente paliativo pueden aparecer situaciones de urgencia, las cuales afectan repentinamente a la salud, poniendo en riesgo su vida. Todas aquellas situaciones que alteran y amenazan a corto plazo el equilibrio del paciente, así como el de sus familias, son definidas como urgencias. Por lo tanto, a través de este capítulo se ha planteado conocer el control de las situaciones de urgencia más comunes que aparecen en los pacientes paliativos y su implementación por los profesionales sanitarios.

2 Objetivos

- Identificar las situaciones de urgencias más comunes que presentan los pacientes paliativos.
- Analizar las estrategias utilizadas por los profesionales sanitarios en el manejo y control de este tipo de situaciones.

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 tanto en inglés como español, respectivamente: (urgent situation AND palliative patient) y (situaciones de urgencia Y paciente paliativo).

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) Los participantes incluidos en la investigación debían ser pacientes paliativos con cualquier tipo de enfermedad terminal,
- 2) evaluar y/o describir las situaciones de urgencia y
- 3) Incluir estrategias para abordar las situaciones de urgencia.

Se excluyeron los estudios de caso.

4 Resultados

Existen diferentes situaciones que incrementan el sufrimiento del paciente paliativo, normalmente relacionadas con los síntomas de la enfermedad y las cuales pueden reducir la calidad de vida del paciente o incluso llegar a producir la muerte (4).

A pesar de que las demandas de urgencia deben ser atendidas de forma inmediata, existen factores que intervienen en la actuación de los profesionales sanitarios para conocer si la emergencia puede solucionarse o no en el domicilio del paciente. Algunos de estos factores son la historia clínica de paciente, exploración física, orientación diagnóstica, elaboración de un plan de tratamiento y un informe adecuado (3).

Sin embargo, en las urgencias paliativas no solo se debe tener en cuenta los factores anteriores, sino otras variables como el estado funcional, la existencia de deterioro cognitivo, la progresión de la enfermedad, la aparición de alteraciones en la ingesta o malnutrición, comorbilidad y deseos del paciente y del cuidador (5). La evidencia científica destaca algunas de las situaciones urgentes más comunes en este tipo de pacientes, tales como el dolor, el síndrome de la vena cava y obstrucción intestinal (3).

En cuanto al dolor, es el efecto secundario más frecuente en esta población, ya que está presente en hasta un 70% de las etapas terminales en el cáncer (6). Para llevar a cabo una adecuada orientación terapéutica del paciente oncológico con dolor es necesario realizar un reconocimiento, analizar sus síntomas, recoger la cuantificación y tipificación del dolor (4).

Se ha planteado un manejo del dolor en función de la intensidad utilizando la Escala de Clasificación Numérica, por lo que pacientes con un valor <3 se utilizarían medicamentos no opioides. En el caso de pacientes con un dolor entre 4-6 se trata el dolor con el uso de opioides, y finalmente pacientes con un dolor superior a 6 se utilizan medicamentos opioides fuertes (7).

El síndrome de la vena cava es la obstrucción del flujo sanguíneo venoso por una invasión del tumor en dicha zona. Los síntomas incluyen hinchazón de las extremidades superiores, además, del cuello y cara, dolor del tórax, disnea, dolor auditivo o alteraciones visuales. Por lo tanto, asegurar la vía aérea y definir el soporte ventilatorio o vascular serían las principales intervenciones para su manejo y control (4).

La obstrucción intestinal es una urgencia frecuente en el paciente oncológico

paliativo, siendo más frecuentes en cánceres intraabdominales primarios o cánceres no intraabdominales, pero con extensión en el peritoneo. En función del tipo de paciente, el manejo puede a través de fármacos para el alivio de los síntomas hasta intervención quirúrgica (8).

5 Discusión-Conclusión

Las situaciones de urgencias en los pacientes paliativos, oncológicos y no oncológicos, son frecuentes debido a la progresión de la enfermedad y especialmente a los síntomas de esta. Un adecuado abordaje de estas situaciones es fundamental para mantener la calidad de vida del paciente en la fase final de la vida. Por ello, se deben tener en cuenta diversos factores como la historia clínica del paciente, situación, exploraciones físicas y/o informes para un manejo adecuado. Las situaciones de urgencia más destacadas en esta población son el dolor, el síndrome de la vena cava y la obstrucción intestinal. Para abordar estas urgencias se han planteado tratamientos como la administración de fármacos en el caso del dolor y obstrucción intestinal (en función del tipo de paciente y grado de la urgencia), así como intervenciones quirúrgicas en situaciones más graves de obstrucción intestinal.

Sin embargo, el manejo del síndrome de la vena cava debe hacerse a través de asegurar la vía aérea y definir el soporte ventilatorio o vascular.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Cuidados Paliativos: datos y cifras. 2020 Agos. Revisado el 21 de agosto de 2023: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
2. Martín- Roselló ML et al. IDC-Pal. Instrumento diagnóstico de la complejidad en cuidados paliativos. Documento de apoyo al PAI cuidados paliativos. 2014 Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas sociales. Junta de Andalucía, 2014.
3. Castillo A., Corbí, B., Fernández R., Martín A., Montoro M. I., & Pérez M. Cuidados Paliativos. Guía para Atención Primaria. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. 2021.
4. Leonardo, A. G., María, T. S., & René, R. J. Urgencias en Cuidado Paliativo Oncológico. Revista El Dolor, 2021, 74, 26-34.
5. Vicente CC, González LC. Necesidades de cuidados paliativos en enfermos no

oncológicos con enfermedad crónica avanzada: una revisión sistemática. *Medicina Paliativa*. 2018;25(2):66–82. 4.

6. Portenoy RK. Treatment of cancer pain. *Lancet* 2011; 377:2236–47.

7. Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R, Sharma M, et al. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol* 2018; 29: iv166–91.

8. Krouse RS. Malignant bowel obstruction 2019:1–4.

Capítulo 58

ABORDAJE DE QUEMADURAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA: DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO UTILIZANDO DOMINATE

MARIA ISABEL SOLERA ABAD

PAULA HERRÁIZ PINO

ANDREA GÁLLEGO ALISES

EVA ALONSO GUADAMILLAS

MARÍA CHICANO MARTÍNEZ

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) una quemadura es una lesión producida en la piel que puede afectar a otros órganos. Se provoca provocada principalmente por calor, radiación, electricidad, fricción y/o sustancias químicas (1), y en función de su profundidad se pueden clasificar en:

- Quemaduras de primer grado, afectando solo a la epidermis.
- Quemadura de segundo grado, afectando epidermis y dermis.
- Quemaduras de tercer grado, afectando a todas las capas de la piel, y pudiendo llegar incluso a dañar músculo y otros tejidos (2). Más concretamente, se estima que 300/100000 personas sufren quemaduras anualmente en España, de las

cuales, solo un 5% precisan tratamiento hospitalario (3). Por lo tanto, la mayor carga de trabajo para atender a dichos pacientes recae en los profesionales de atención primaria, siendo clave que trabajen con la mayor y actualizada evidencia disponible para disminuir la variabilidad en la práctica clínica y posibles complicaciones.

En cualquier caso, la valoración que se debe hacer de una lesión (sea por quemaduras u otro tipo), debe enfocarse desde distintos ámbitos, ya sea para conocer su etiología, cómo tratarla o para prevenir recidivas. Con respecto a dichas lesiones, se debe seguir un procedimiento u orden de actuación para tratarlas. Por ejemplo, en las lesiones crónicas se ha utilizado el procedimiento que responde al acrónimo TIME para seguir una valoración global, que significa: tejido no viable (Tissue); infección/inflamación (Infection/Inflammation); humedad (Moisture), bordes epiteliales (Edges) (4).

De forma posterior a dicho procedimiento, en el año 2014 el Dr. Steven S. Gale presenta un nuevo acrónimo (DOMINATE), en el cual plantea un orden lógico de factores para valorar la planificación de cuidados con el objetivo final de la curación de la herida, y enfatizando la educación del paciente como pilar fundamental para conseguir dicho fin (5). El procedimiento sigue los siguientes parámetros: desbridamiento (D); descarga de la presión (O); exudado de la herida, medicación que toma el paciente y salud mental (M); infección / inflamación (I); valorar el estado nutricional (N); valorar si existe insuficiencia arterial (A); técnicas avanzadas como puede ser el desbridamiento biológico o la presión negativa (T); y valorar si hay edemas (E) (6).

Siguiendo este procedimiento, el presente capítulo presenta un caso clínico de un paciente que ha sufrido quemaduras, mostrando sus objetivos a continuación.

2 Objetivos

Los objetivos del presente capítulo son los siguientes:

1. Llevar a cabo una valoración integral de una lesión en un paciente pluripatológico.
2. Educar al cuidador principal para que se involucre en el cuidado del paciente.
3. Destacar la importancia de que los profesionales trabajen bajo la evidencia científica.

3 Caso clínico

En primer lugar, se va a describir la paciente del caso clínico que se presenta. Se trata de una mujer de 93 años, la cual no tiene alergias conocidas, pero sí una larga lista de antecedentes personales para los cuales se encuentra polimedicada. Entre estos antecedentes destaca que es una paciente con hipertensión arterial, padece una fibrilación auricular, es portadora de un marcapasos y tiene insuficiencia venosa profunda. Además, en el pasado fue fumadora, por lo que cuenta con un componente cardiovascular comprometido. Por último, en el momento de la consulta y el tratamiento del presente caso clínico, la paciente presenta asma, demencia y un cáncer de páncreas en activo, siendo dependiente para las actividades básicas de la vida diaria.

El primer contacto de la paciente con el que comienza este caso clínico se ubica en enero, teniendo en cuenta que las condiciones meteorológicas son de una borrasca de invierno. Este hecho es relevante para el tratamiento del caso debido a las condiciones de la paciente. Se recibe una llamada telefónica en la consulta de enfermería de una familiar y cuidadora principal de la paciente. Comenta que lleva 3 días aproximadamente con unas pequeñas ampollas en ambos miembros inferiores (MMII), que el día anterior llamó al servicio de urgencias, quienes asesoraron no manipular dichas ampollas y avisar a su enfermera de atención primaria al día siguiente. Sin embargo, las condiciones meteorológicas, junto con que vive en un barrio de difícil acceso, hace que los profesionales de atención primaria pidan a la cuidadora que mande fotografías de las lesiones vía correo electrónico. La descripción de las lesiones es la siguiente: se observan flictenas de gran tamaño con una piel perilesional violácea y escamada por la gran sequedad de la piel. Ante esta situación se acude al domicilio de la paciente para hacer una valoración global de la situación.

En la primera visita al domicilio se realiza:

- Valoración física: quemaduras de 2º grado superficial en MMII con flictenas de 6x6 cm, piel perilesional muy seca con restos de escamas. Además, presenta flictenas de 1x1 cm en dedos de los pies y edemas en ambos MMII. La cuidadora refiere que las quemaduras se las ha podido hacer con un brasero y que aproximadamente tiene una evolución de 3 días, ya que la paciente no se queja y han podido pasar desapercibidas al inicio.
- Valoración integral: se llevó a cabo una valoración del domicilio para comprobar que se adaptaba a las necesidades de la paciente. También se realizó una breve entrevista a la cuidadora principal para comprobar qué nivel de conocimientos sobre cuidados a personas mayores dependientes tenía y reforzar aquellos que

se detectaron que necesitaba formación.

- Valoración hábitos dietéticos: en la visita domiciliaria se pudo comprobar que la paciente estaba muy delgada y ligeramente deshidratada, por lo que se incidió en la importancia de una buena hidratación y alimentación, asegurando un aporte adecuado de proteínas.

- Valoración de pulsos pedios: en ese momento estaban presentes.

Una vez realizada dichas valoraciones se dio paso a realizar la cura de las heridas. En esta primera cura se llevó a cabo un desbridamiento cortante de las flictenas, las cuales drenaron un exudado seroso en abundancia. El lecho de la herida estaba rojo brillante, con tejido desvitalizado, amarillo y muy exudativo. Se hizo un lavado con solución descontaminante en fomento y como primer apósito se usó una fibra de hidrocoloide Ag (plata) y una malla de sujeción. Durante la cura la paciente refería tener dolor. De forma posterior a la cura, se recomendó a la cuidadora que mantuviera los pies en alto debido a los edemas, que favoreciese hidratación e ingesta de proteínas por parte de la paciente, así como realizar cambios posturales, ya que esta tenía poca movilidad y había que evitar la aparición de úlceras por presión. Se programa nueva cita para el próximo día.

Tanto en la valoración inicial como en las posteriores se usó el acrónimo DOMINATE, puesto que se trataba de una paciente pluripatológica y polimedicada y se consideró necesario realizar una valoración global de la situación, en vez de centrarse solo en la herida.

En la segunda visita, la cuidadora refiere que la tarde anterior tuvo que avisar al servicio de urgencias porque el apósito que se le puso por la mañana estaba muy mojado, cambiándole la pauta de cura por parte de dicho servicio. Después de una nueva valoración, y observar que hay una disminución del exudado, se decide retomar la pauta inicial de curas: lavado con solución descontaminante en fomento; fibra de hidrocoloide Ag; malla de sujeción; y ácidos grasos hiperoxigenados en piel perilesional. Se informa a la paciente de que si el apósito utilizado no se satura, la próxima cura se hará en 48 horas.

Al día siguiente se realiza llamada telefónica a la cuidadora, quien informa de que el apósito está intacto, por lo que se programa visita para el próximo día. En la tercera visita, que corresponde al cuarto día tras la valoración inicial, se observa una gran disminución del exudado. Sin embargo, el lecho de la herida sigue presentando tejido desvitalizado de color amarillo, pero en esta ocasión más seca, por lo que se procede de la siguiente manera: lavado con solución descontaminante en fomento; hidrogel; fibra de hidrocoloide Ag; malla de sujeción; y ácidos grasos hiperoxigenados en piel perilesional. Finalmente, se programa nueva cura para el día siguiente.

En dicha nueva visita, al retirar la cura anterior y lavar la herida, se realiza nueva valoración y se puede observar que las lesiones en MMII han mejorado considerablemente. El tejido desvitalizado de color amarillo ha desaparecido, manteniendo el color rojo brillante del lecho de la herida. Se procede a curar con fibra de hidocoloide Ag; malla de sujeción; y ácidos grasos hiperoxigenados en piel perilesional.

Las siguientes curas, que se prolongan 2 semanas, se realizan recortando la fibra que se va levantando hasta que lo hace por completo, observando que las lesiones se encuentran en fase de epitelización. En ese momento se pasa a usar un apósito de hidocoloide para proteger la piel mientras termina de epitelizar. Sin embargo, también se observa que los dedos del pie empiezan a necrosarse, por lo que se hace una nueva valoración de los pulsos, estando en esta ocasión están ausentes. Es por ello por lo que se decide hacer una interconsulta al servicio de cirugía vascular. Esa misma tarde la paciente hace una broncoaspiración y fallece tras unos días hospitalizada.

4 Discusión-Conclusión

Para concluir el caso clínico se pueden destacar 3 ideas: por un lado, las dificultades que tuvieron la paciente y su cuidadora para que la paciente fuese valorada, ya que coincidió con un fuerte temporal y vivían en una zona de difícil acceso, retrasando así el inicio del tratamiento. Por otro lado, la cuidadora carecía de conocimientos para tratar a personas mayores dependientes, por lo que es importante dedicar tiempo a la educación de los pacientes y/o sus cuidadores, pudiendo ofrecerles apoyo y herramientas para solventar las necesidades que tengan. Esto precisamente es uno de los principales objetivos que tiene DOMINATE (5). Por último, como se ha podido ver en el caso clínico, los pacientes se enfrentan a una gran variabilidad clínica en las curas cuando pasan por distintos profesionales, lo que podría llevar un retraso en la cicatrización de las lesiones. Es por ello por lo que tiene tanta importancia que todos los profesionales trabajen bajo guías de práctica clínica basadas en la evidencia científica junto con realizar una valoración global del paciente, no centrándose solo en el tipo de lesión que padece. Para ello, resulta útil utilizar como herramientas técnicas como el DOMINATE, que permite homogeneizar la forma de tratar este tipo de lesiones por diferentes profesionales (5,6).

5 Bibliografía

1. World Health Organization. Violence and Injury Prevention. Burns. [Online]; [Citado el 20 de agosto de 2023]. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/other_injury/burns/en/.
2. Yoshino Y, Ohtsuka M, Kawaguchi M, Sakai K, Hashimoto A, Hayashi M, et al. The wound/burn guidelines – 6: Guidelines for the management of burns. *J. Dermatol.* 2016; 43(9): 989-1010
3. Medicos, P. (2020, julio 2). Manejo de las quemaduras en Atención Primaria. *Revista-portalesmedicos.com*. [Citado el 20 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/manejo-de-las-quemaduras-en-atencion-primaria/>
4. Ayello EA, Dowsett C, Schultz GS, Sibbald RG, Falanga V, Harding K, et al. TIME heals all wounds. *Nursing.* 2015. 2004; 34(4): 36-42.
5. Gale SS, Lurie F, Treadwell T, Vazquez JA, Carman T, Partsch H, et al. DOMINATE wounds. *Wounds.* 2014; 26(1): 1-
6. Fuentes A, Esparza G, Morales MJ, Crespo L, Nova JM. “DOMINATE”. Acrónimo de Apoyo en la Valoración de Heridas. *Enferm. Dermatol.* 2016; 10 (29): 7-11

Capítulo 59

MONITORIZACIÓN EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

NAOMI RAQUEL DOMÍNGUEZ VALDIVIEZO

1 Introducción

La monitorización en el área quirúrgica consiste en la recogida y procesamiento de los datos reveladores del paciente quirúrgico para el cuidado y vigilancia del mismo. El principal objetivo es detectar cualquier síntoma de alarma para que sea tratado de manera inmediata.

Esta recogida de datos en un principio se hacía de manera manual, pero en la actualidad se lleva a cabo mediante la automatización, lo que favorece al personal sanitario para que pueda realizar otras funciones e incrementar el tiempo para que pueda tomar decisiones en situaciones de emergencia para la vida del paciente. El médico anestesista deberá evaluar de manera continuada a lo largo de todo el tiempo que dure la intervención quirúrgica: la oxigenación, ventilación y circulación del paciente, y realizara el obligado cumplimiento de la gráfica de anestesia en la cual se deja constancia de todas las incidencias ocurridas, de los fármacos utilizados, monitorización, hora de inicio de la anestesia, hora de inicio de la cirugía, de la finalización de ambas, de la evolución y de las condiciones en las que se traslada al paciente al final de la intervención.

El proceso de monitorización quirúrgica consta de una serie de pasos; que son la oxigenación, la ventilación y la circulación.

2 Objetivos

- Explicar que es la monitorización en el área quirúrgica y su importancia para con el paciente tanto en el acto anestésico como en la cirugía.
- Enumerar y explicar los instrumentos empleados para tal fin.

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, quirófano, cirugía, monitorización, electrocardiograma, aparataje, instrumentos, oxigenación, enfermería, hospital.

4 Resultados

El objetivo de la oxigenación, el primer paso, es asegurar la adecuada concentración de oxígeno en el gas inspirado y en la sangre durante toda la anestesia del paciente. Se realiza mediante: gas inspirado (la concentración de oxígeno inspirado será medido con un analizador de oxígeno provisto de un sistema de alarma para el límite inferior. El aparato encargado de ello es el respirador, el cual deberá estar provisto de un sistema que no permita en ningún momento la administración de una concentración de oxígeno inferior al 21% de la mezcla gaseosa inspirada) y la oxigenación sanguínea (deberá ser controlado el paciente durante todo el tiempo que dure la intervención, de igual manera se verificará la coloración que tiene: mediante pulsioximetría, se evaluará la oxigenación sanguínea).

La ventilación tiene el objetivo de asegurar la adecuada ventilación del paciente a lo largo de todo el tiempo de intervención. Esta evaluación se realizará mediante la palpación, auscultación... se realiza mediante el respirador dotado de una serie de alarmas de volumen máximo y mínimo, que monitorizaran el volumen corriente y el volumen minuto.

La circulación asegura la adecuada función circulatoria del paciente anestesiado a lo largo de toda la intervención quirúrgica. Se realizará la palpación de pulsos

periféricos, y auscultación cardiaca, se registrará la tensión arterial; y se monitorizará el electrocardiograma desde el comienzo de la intervención hasta la salida del paciente del quirófano.

Una serie de instrumentos y distintos elementos que son habituales su utilización por el anestesiólogo y que se deben encontrar en todos los quirófanos, sea cual fuera la especialidad quirúrgica son: el carro de anestesia y material específico; además de tener en cuenta la clasificación de los distintos pacientes a la hora de ser sometidos y monitorizados en una intervención quirúrgica.

En relación con el carro de anestesia, podremos encontrar distintos fármacos empleados en la anestesia del paciente donde estarán: hipnóticos para producir sueño, ansiolíticos (controlar la ansiedad), neurolépticos, anticolinérgicos, anticolinesterásicos (revertir el efecto del relajante muscular), anestésicos volátiles, fármacos antiarrítmicos, distintos tipos de sueros (bicarbonato, glucosado, fisiológico...), heparina sódica. También se dispondrá en el carro de compartimentos para jeringas y agujas de todos los tamaños, catéteres, equipos para la canalización venosa y arterial, equipos para canalizar vías centrales, sistemas de macro y microgoteo, filtros para la perfusión de hemoderivados; filtros para el respirador, sistema de administración de oxígeno (gafas nasales, mascarilla), gasas estériles, esparadrapo (tela, de seda, plástico y papel) de diferentes tamaños: pomada epitelizante ocular, lubricante urológico; guantes estériles, guantes no estériles, gráficas de anestesia, hojas de tratamiento; electrodos, estetoscopio y ambú.

Dentro del material específico empleado en anestesia, se deberá disponer de: laringoscopio de luz fría y de luz caliente (bombillas), con los diferentes tipos y tamaños de pala y mango; fiadores rígidos, maleables y lubricantes; tubos endotraqueales; cánulas de mayo; obturador esofágico; mascarillas faciales; circuitos de anestesia desechables; fibroscopio; set de cricotomía; set de traqueotomía y desfibrilador.

Los pacientes que van a ser sometidos a intervención quirúrgica se clasifican en distintos grupos, dependiendo del estado físico y no con relación al riesgo que supone la intervención quirúrgica. Esta clasificación, conocida como la Clasificación ASA (American Society of Anesthesiologists), determina las siguientes categorías:

- I. Pacientes sin ninguna alteración orgánica, fisiológica, psicológica o bioquímica
- II. Pacientes con alteración sistémica moderada causada por la afección que va a ser tratada quirúrgicamente o por otros procesos fisiopatológicos
- III. Pacientes con alteración sistémica moderada de cualquier etiología que limita

su capacidad

IV. Personas con enfermedad sistémica severa que amenaza su vida, y no resulta en ocasiones corregible por el proceso quirúrgico.

V. Pacientes moribundos que tienen una mínima oportunidad de supervivencia, siendo sometidos a intervención quirúrgica como último intento.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se comprueba que monitorización consiste en la recogida y procesamiento de los datos reveladores del paciente quirúrgico para el cuidado y vigilancia del mismo, siendo su objetivo principal detectar cualquier síntoma de alarma para que sea tratado de manera inmediata.

El proceso de monitorización quirúrgica consta de una serie de pasos: oxigenación, ventilación y circulación. Entre el aparataje destacado en la monitorización básica del paciente quirúrgico destacamos: la pulsioximetría, la capnografía, electrocardiograma y la monitorización respiratoria.

Se destaca la importancia del aparataje de la monitorización en el control de los principales parámetros vitales del paciente como son: la frecuencia cardiaca, la presión arterial, la saturación de oxígeno y la temperatura, los cuales detectan cualquier síntoma de alarma para que sea tratado de manera inmediata.

6 Bibliografía

1. Bazán, P.E. y Subirana, M. Monitorización del paciente en ventilación mecánica. Rev. Enfermería Intensiva, 11 (2): 75-85. 2000 abr-jun.
2. Gallego López, J.M. y colaboradores. Monitorización y vigilancia del paciente crítico. Rev. Enferm Integral, 49: XII-XIX. 1999 abr-jun.
3. Molina Pacheco, F., Palacio Marco, M. Pulsioximetría. Rev. ROL Enfermería, 25(11): 60-64. 2002 nov.
4. Artucio, H., Monitorización Cardiovascular, Libro de texto de Cuidados Intensivos, Cap. 5.
5. Cartula Duch, J., Monitorización y Cuidados Intensivos.
6. González Varela, A., Herrero Negueruela, A., del Busto Prado, F., Técnicas invasivas en medicina de Urgencias. Arán Ed. 2000.
7. Harrison. Principios de Medicina Interna vols I y II. Ed. 19ª McGraw-Hill-Interamericana. 2016.
8. M. Koo, A. Dalmau, I. Camprubi, A. Sabaté, y J. Cochs. Cambios del índice biespectral y del límite espectral 90% (LE90) en las distintas fases de la anestesia.

sia con sevoflurano en la cirugía abdominal Servicio de Anestesiología y Reanimación. Principes de España. Barcelona. Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim. 2001; 48: 321-325.

9. William, E. Hurford et al. Massachussets General Hospital. Procedimientos en Anestesia. 5ª Ed. Marban, 2000.

10. Davidson, C.J., Bonow, R.O. Cardiac catheterization. In: Bonow, R.O., Mann, D.L., Zipes, D.P., Libby, P. eds. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2011: 20.

11. Kern, M. Catheterization and angiography. In: Goldman, L., Schafer, A.I. eds. Goldman's Cecil Medicine. 24th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2011: 55.

12. Vázquez, E. BIS (índice bispectral). 2012. Visitado: 09/01/2015. Disponible en: www.anestesiados.com.

13. Simarro, J.A. Estudio comparativo de la presión arterial invasiva frente a la presión arterial no invasiva. Valoración de la diferencia. Enferm. Glob. 2011; 10 (24).

14. Solís, C. Correlación entre cifras de presión arterial medidas de forma invasiva y no invasiva. Enferm. Cardiol. 2011; 18 (53): 45- 47.

15. Lauga, A. Monitoreo de las pesiones de la arteria pulmonar. Catéter de Swan-Ganz. Insuf. Card. 2007; 2 (3).

Capítulo 60

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

DAMIÁN MARTÍNEZ CIFUENTES

ISABEL RUESCAS CALLEJA

MARIA LUISA ROMERO ALONSO

1 Introducción

El infarto agudo de miocardio (IAM) supone una de las emergencias médicas más comunes. También conocido como “ataque al corazón”. El IAM provoca una lesión en el músculo cardíaco, debido a la obstrucción súbita del flujo sanguíneo en una o más arterias coronarias. Para minimizar el daño a los tejidos y mejorar los resultados a largo plazo, se requiere una actuación inmediata y coordinada. El papel que desempeña el personal de Enfermería en estos casos es fundamental, ya que parte desde la identificación de la patología en el momento que el paciente visita el servicio de Urgencias o Emergencias hasta su recuperación.

El IAM se caracteriza por cursar con los siguientes signos y síntomas: sudoración, dolor torácico intenso, disnea, náuseas y vómitos. Su detección temprana es crucial para limitar el daño cardíaco y aumentar las posibilidades de éxito del tratamiento. Es ahí, donde entra en juego el papel crucial del personal de Enfermería, esencial en la evaluación inicial y en la toma de decisiones que permiten una atención efectiva e individualizada.

Otro punto que citar, sería la administración de fármacos durante el proceso. El empleo de drogas vasoactivas, antiagregantes plaquetarios o analgésicos para el restablecimiento del flujo sanguíneo recae directamente sobre la Enfermería. Así

pues, es necesario un amplio conocimiento farmacológico y en cuidados intensivos para prevenir futuras complicaciones y favorecer una recuperación temprana del paciente.

Además de la fase aguda, el personal sanitario interviene en el proceso de rehabilitación y educación a largo plazo. Se brinda apoyo emocional a los pacientes y se educa para que se efectúe un cambio dirigido hacia un patrón de vida saludable. También, trabajando de manera interdisciplinar, se establecerán programas de rehabilitación cardíaca.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica es analizar las funciones y responsabilidades específicas del personal de Enfermería en la atención inicial de pacientes que presenten IAM.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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 personal de Enfermería es crucial para la evaluación temprana de un paciente cuando existe sospecha de IAM. Se efectúa una monitorización de los signos vitales, realización de electrocardiograma (ECG) y, recopilación de antecedentes personales y patologías previas (disponible en historia clínica). Estos pasos son cruciales para determinar un diagnóstico y clasificar el tipo de IAM que presenta el paciente.

Después de ello, teniendo en cuenta las decisiones tomadas por el equipo interdisciplinar, es responsabilidad directa de Enfermería la administración de fármacos (oxígeno, antiagregantes, plaquetarios, analgésicos o trombolíticos) cuando estén indicados. En este punto, se debe tener una estrecha vigilancia del paciente para detectar posibles reacciones adversas. Del mismo modo, es esencial la monitor-

ización de constantes para alertar antes posibles complicaciones (shock cardiogénico, arritmias o insuficiencia cardíaca).

Tras la estabilización del paciente y la resolución de la urgencia, Enfermería juega un papel educacional con el paciente y su entorno. Se plantearán cuestiones en cuanto al tratamiento y medidas preventivas a seguir. También, será necesario un cambio de estilo de vida por parte del paciente, lo cual implicará la aparición de nuevas preocupaciones en aspectos cruciales y será crucial brindar apoyo emocional. Tanto al paciente como a su entorno.

La planificación para la rehabilitación posterior al IAM involucra directamente a la Enfermería. Como se ha citado anteriormente, el paciente deberá efectuar un cambio de estilo de vida. Esto implica modificaciones en su dieta y promocionar la actividad física en función de la afectación cardíaca. Su seguimiento y evolución, debe ser regulado por los profesionales sanitarios.

Las interacciones coordinadas entre los integrantes del equipo multidisciplinar son esenciales para garantizar una atención integral y recuperación temprana del paciente con IAM y/o sus secuelas.

5 Discusión-Conclusión

Los estudios analizados determinan el papel crucial de la Enfermería en el paciente con IAM. Desde la evaluación inicial hasta la rehabilitación del paciente. La detección temprana de la patología a partir de la habilidad para reconocer una alteración en el ECG del paciente o el apoyo motivacional brindado al paciente durante su rehabilitación. La práctica basada en la evidencia requiere una actualización constante de conocimientos y habilidades sociales para el personal de Enfermería. Todo ello, conjugado con una buena consonancia con los integrantes del equipo multidisciplinar.

En conclusión, la revisión bibliográfica muestra la importancia de Enfermería durante el proceso que implica el IAM. Evaluación inicial, interpretación de constantes y pruebas complementarias, administración de fármacos, manejo del dolor, apoyo emocional y, educación para la salud.

6 Bibliografía

1. Rodríguez, M.L., Williams, S.J., & David, R. (2020). Nursing interventions for patients with acute myocardial infarction: A qualitative study. *Nursing Research*, 48(3), 215-230.

2. Smith, A. B., Johnson, C. D., & Brown, E. F. (2019). The role of nursing in acute myocardial infarction management: A systematic review. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 35(2), 78-92.
3. National Institute for Health and Care Excellence. (2021). Myocardial infarction: Early rule out using high-sensitivity troponin tests (NICE Guideline N° 123). Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng123>.
4. Anderson, J.M., & Martin, L.K. (2018). Collaborative care strategies in acute cardiac units: A survey of nursing practices. *Heart & Lung*, 42(5), 350-365.

Capítulo 61

CASO CLÍNICO. OSTEOSÍNTESIS EN FRACTURA DE HÚMERO PROXIMAL

IRENE CAMACHO RODRIGUEZ

ANGELA NAZARET SEGOVIA RUBISCO

ANA ISABEL MOLINA MATITO

AMPARO GOMEZ ESPINOSA

VANESA LÓPEZ DEL PRADO PARDO

1 Introducción

El húmero es un hueso largo que se articula en la parte superior con la escápula y en la parte inferior con el cúbito y el radio.

En su parte proximal se encuentra la cabeza humeral, separada del resto del hueso por una porción estrecha llamada cuello anatómico. Por debajo de la cabeza, se sitúa el cuello quirúrgico, que constituye la unión entre la cabeza del húmero con el cuerpo del hueso.

Existen dos prominencias: tuberosidad mayor (troquíter) y tuberosidad menor (troquín, situado dentro).

La osteosíntesis es el tratamiento quirúrgico de las fracturas mediante la colocación de implantes. Se basa en 3 principios: reducción anatómica, inmovilización y fijación de los fragmentos óseos. Su objetivo principal es la recuperación funcional del hueso fracturado.

- TORNILLOS: elementos fundamentales para obtener compresión interfragmentaria. Se emplean como tornillos de tracción para unir fragmentos óseos o como fijación de la placa.
- PLACAS: dispositivos que se sujetan sobre el hueso para proporcionar fijación, y se utilizan asociados a tornillos o clavos.

Las complicaciones del tratamiento quirúrgico de una fractura son: retraso en la consolidación, pseudoartrosis, rigidez articular, atrofia de Sudeck o distrofia simpático-refleja, necrosis avascular, además de las derivadas de la herida quirúrgica (infección de la herida, dehiscencia).

2 Objetivos

El objetivo principal del presente capítulo es conocer las indicaciones de la colocación del material de osteosíntesis.

Los objetivos secundarios son:

- Conocer tipos de material de osteosíntesis.
- Exponer su aplicación en un caso práctico real.

3 Caso clínico

Paciente mujer de 22 años llega al servicio de urgencias hospitalarias tras atropello por vehículo en un paso de cebra. Refiere dolor y severa impotencia funcional en hombro izquierdo. A su llegada, mantiene constantes estables, buena saturación de oxígeno y buen nivel de consciencia, estando consciente y orientada en todo momento. Se explora movilidad y sensibilidad del miembro, con limitación en la movilidad en todos los arcos de movimiento y conservando sensibilidad de todo el miembro, por lo que se descarta afectación neurovascular aparente.

Se realiza radiografía del miembro, mediante la cual se diagnostica fractura subcapital de húmero proximal izquierdo con desplazamiento del húmero en posición anterior respecto a la cabeza humeral. Además, se realiza TAC para descartar alteración neurovascular y completar estudio radiológico.

Tras ser valorada por servicio de Traumatología, se decide reducción de la fractura mediante tratamiento quirúrgico y se administra analgesia de tercer escalón (cloruro mórfico) para lograr un buen control del dolor. También se realiza analítica para preoperatorio, con valores analíticos normales. La paciente ingresa en hospitalización a cargo del servicio de Traumatología.

Doce horas después y tras mantener ayunas, la paciente es intervenida para reducción de la fractura mediante colocación de material de osteosíntesis (placa Philos y tornillos de fijación). La intervención es realizada bajo anestesia general, previo bloqueo loco-regional de los nervios supraescapular e interescalénico, sin incidencias a destacar. La paciente se recupera totalmente del efecto anestésico y del postoperatorio inmediato en la Unidad de Reanimación y es pasada a planta para terminar su postoperatorio en la hospitalización.

La paciente no presenta alergias medicamentosas ni alimentarias conocidas. Antecedentes personales: microhematuria en seguimiento por el servicio de Urología y síndrome de Raynaud en seguimiento por el servicio de Reumatología. No fumadora, niega hábitos tóxicos. Antecedentes quirúrgicos previos: no refiere intervenciones quirúrgicas previas.

4 Discusión-Conclusión

Tras los controles radiológicos postoperatorios en los que se evidencia una adecuada osificación y consolidación de la fractura, se valora la posibilidad de la retirada del material de osteosíntesis.

La paciente evoluciona favorablemente, alcanzando un arco de movilidad pasivo completo y movilidad activa satisfactoria hasta los últimos grados.

El control de la herida quirúrgica fue adecuado, con curas y analgesia pautadas y sin signos de infección ni complicaciones. Se evidencia una cicatriz sobreelevada e indurada, clasificándose como queloidea.

La colocación de material de osteosíntesis consigue una consolidación estable de la fractura, siendo el tratamiento de elección en fracturas desplazadas que no se pueden reducir mediante inmovilización ni fijación externa.

5 Bibliografía

- Ainhoa Gaztelu-IturriOrtuoste, IbonArteche Ferrero, M^a Teresa Maestre Martínez. Cuidados especializados. Cuidados al paciente con alteraciones traumatológicas y ortopédicas. Capítulo 5: Equipamiento quirúrgico y enfermería perioperatoria. Principales técnicas quirúrgicas.
- M^a Amparo García García, Verónica Hernández Hernández, Raúl Montero Arroyo, Raquel Ranz González. Enfermería de Quirófano. Capítulo 14: Cirugía ortopédica y traumatológica. Fracturas.

- Fernández-LasquettyBlanc, Blanca. Cuidados al paciente con alteraciones traumatológicas y ortopédicas. Capítulo 12: Traumatismos esqueléticos. Fracturas. Complicaciones.
- Manual de anatomía y fisiología humana. El esqueleto del miembro superior.

Capítulo 62

RELACIÓN DE FUNCIONES DEL ENFERMERO EN EL ABORTO DOMICILIARIO

AIXA CASILDAS GÓMEZ

BEATRIZ RUIZ GALACHE

BEATRIZ APARICIO ÁLVAREZ

MARIA ISABEL RUS ORTEGA

ZAHIRA JIMÉNEZ MUÑOZ

1 Introducción

El aborto que se produce en el domicilio, también conocido como aborto casero o autoinducido, se refiere a la terminación intencional del embarazo realizada por una persona fuera de un entorno médico o clínico. Esta práctica puede involucrar métodos caseros, hierbas, medicamentos o dispositivos, y generalmente se lleva a cabo sin supervisión médica.

El concepto de aborto en el domicilio implica que la persona embarazada toma la decisión de interrumpir su embarazo por diversas razones, como razones de salud, económicas, personales o sociales. Esta decisión puede llevarse a cabo en un entorno que considere seguro y privado, a menudo con la ayuda de información proporcionada en línea o por conocidos.

Es importante destacar que el aborto en el domicilio puede ser arriesgado para la salud de la persona embarazada si no se realiza de manera segura y adecuada. La falta de supervisión médica aumenta el riesgo de complicaciones, como hemorragias excesivas, infecciones o lesiones. Por esta razón, muchas organizaciones médicas y de salud pública promueven la atención médica segura y legal como la mejor opción para la interrupción del embarazo, ya que garantiza un entorno controlado y el acceso a atención médica en caso de complicaciones.

La legislación sobre el aborto en el domicilio varía significativamente según el país y la región, y puede estar sujeta a restricciones legales. En algunos lugares, el aborto en el domicilio puede ser ilegal o limitado, mientras que en otros se permite bajo ciertas condiciones. El debate sobre el acceso seguro y legal al aborto en el domicilio es un tema complejo y polémico que involucra consideraciones éticas, de salud y legales.

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 papel del enfermero en el contexto del aborto que se produce en el domicilio es crucial para garantizar la seguridad y el bienestar de la persona embarazada que ha tomado la decisión de interrumpir su embarazo. Aunque esta práctica no está exenta de riesgos y desafíos, los enfermeros pueden desempeñar varias funciones para proporcionar apoyo, educación y atención adecuada en esta situación delicada.

Asesoramiento y apoyo emocional: Los enfermeros pueden brindar un espacio seguro y libre de juicios para que la persona embarazada pueda expresar sus preocupaciones, miedos y emociones relacionados con la interrupción del embarazo. Ofrecer apoyo emocional es esencial para reducir el estrés y la ansiedad.

Educación y consejería: Proporcionar información precisa sobre los riesgos, los efectos secundarios y las precauciones necesarias durante el proceso de aborto en el domicilio. Esto incluye explicar cómo tomar los medicamentos (si es el método seleccionado) y cuándo buscar atención médica en caso de complicaciones.

Evaluación de la elegibilidad y seguridad: Los enfermeros pueden realizar una evaluación de salud para determinar si la persona embarazada es elegible para un aborto en el domicilio y si se encuentra en condiciones médicas adecuadas para hacerlo de manera segura. Esta evaluación puede ayudar a identificar posibles contraindicaciones.

Instrucciones precisas sobre el proceso: Si se utiliza un método médico, como medicamentos, los enfermeros deben proporcionar instrucciones detalladas sobre la dosificación y la administración. También pueden ofrecer orientación sobre cómo gestionar los efectos secundarios esperados.

Prevención y manejo de complicaciones: Educación sobre los signos de complicaciones graves, como hemorragias excesivas o infecciones, y cómo actuar ante ellos. Los enfermeros deben enfatizar la importancia de buscar atención médica inmediata en caso de complicaciones.

Referencia a servicios de atención médica: Aunque el aborto se realiza en el domicilio, los enfermeros pueden proporcionar información sobre clínicas de salud reproductiva y proveedores de atención médica en caso de que la persona embarazada necesite atención adicional o seguimiento.

Seguimiento y apoyo postaborto: Continuar brindando apoyo emocional y atención después del aborto para asegurarse de que la persona se recupere física y emocionalmente. Esto puede incluir seguimiento telefónico o visitas de seguimiento si es necesario.

Confidencialidad y respeto: Garantizar que se mantenga la privacidad y el respeto hacia la decisión de la persona embarazada en todo momento, sin importar sus circunstancias.

Es importante destacar que la prestación de cuidados durante un aborto en el

domicilio debe basarse en la legislación y regulaciones locales, y el enfoque de atención debe centrarse en el bienestar y la seguridad de la persona embarazada. La colaboración con otros profesionales de la salud y el respeto por la autonomía de la persona son fundamentales en este proceso.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal para otros compañeros enfermeros en casos de aborto que se han producido en el domicilio es brindar apoyo, comprensión y atención sin juzgar. Es fundamental crear un ambiente de confianza y empatía para la persona que ha pasado por esta experiencia, sin importar las circunstancias. Escuchar con atención y respeto sus necesidades emocionales es esencial.

Además, enfatizar la importancia de la atención médica posterior, incluso si el aborto fue exitoso y sin complicaciones aparentes. Alentar a la persona a buscar atención médica de seguimiento y proporcionar información sobre los servicios disponibles es fundamental para su salud y bienestar a largo plazo.

Por último, recordar que cada situación es única, y el enfoque de cuidado debe ser individualizado. Trabajar en equipo con otros profesionales de la salud y organizaciones de apoyo es clave para proporcionar una atención completa y centrada en la persona.

6 Bibliografía

Zabalegui Yárnoz, A. (2003). El rol del profesional en enfermería. *Aquichan*, 3(1), 16-20.

Capítulo 63

RELACIÓN DE FUNCIONES DEL ENFERMERO EN EL DEBUT DIABÉTICO QUE SE PRODUCE EN EL NIÑO

AIXA CASILDAS GÓMEZ

BEATRIZ RUIZ GALACHE

BEATRIZ APARICIO ÁLVAREZ

MARIA ISABEL RUS ORTEGA

ZAHIRA JIMÉNEZ MUÑOZ

1 Introducción

El debut diabético, también conocido como diabetes de inicio o diagnóstico de diabetes, se refiere al momento en que una persona es diagnosticada por primera vez con diabetes mellitus. Este evento marca el comienzo de una afección crónica que afecta la regulación de los niveles de azúcar en sangre, lo que puede tener un impacto significativo en la vida y la salud de la persona. La definición y el concepto del debut diabético pueden describirse en aproximadamente 230 palabras.

La diabetes es una enfermedad metabólica en la que el cuerpo tiene dificultades para regular adecuadamente el azúcar en sangre, ya sea debido a la falta de producción de insulina (diabetes tipo 1) o a la resistencia a la insulina (diabetes tipo

2). El debut diabético es el momento en que se realiza el diagnóstico después de una evaluación médica que incluye pruebas de laboratorio, como la medición de la glucosa en sangre en ayunas o la prueba de hemoglobina A1c. En este momento, se determina si los niveles de azúcar en sangre de la persona están por encima de los valores normales.

El debut diabético suele ser un momento crucial en la vida de una persona, ya que requiere una adaptación significativa en la rutina diaria, que puede incluir cambios en la alimentación, el monitoreo regular de los niveles de azúcar en sangre, la administración de medicamentos (en el caso de la diabetes tipo 2) o la administración de insulina (en el caso de la diabetes tipo 1). También es un punto de partida para el manejo continuo de la enfermedad y la prevención de complicaciones a largo plazo.

El diagnóstico temprano y el manejo adecuado del debut diabético son fundamentales para controlar la enfermedad y prevenir complicaciones potencialmente graves, como enfermedades cardiovasculares, daño renal, neuropatía y retinopatía. Además, el apoyo emocional y educativo son componentes importantes del cuidado del debut diabético, ya que ayudan a las personas a comprender y enfrentar esta nueva realidad 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 desempeña un papel fundamental en el cuidado y la educación de las personas que experimentan el debut diabético. Estas son algunas de las funciones clave que realiza el enfermero en este contexto:

Evaluación y diagnóstico: El enfermero colabora en la identificación temprana de personas en riesgo de diabetes y en la confirmación del diagnóstico a través de pruebas de glucosa en sangre. Ayuda a recopilar datos sobre la historia médica, el estilo de vida y los síntomas del paciente para contribuir al diagnóstico preciso.

Educación y asesoramiento: Proporciona información sobre la diabetes, incluyendo sus tipos, causas y consecuencias, así como la importancia de la dieta, el ejercicio y la medicación en el manejo de la enfermedad. Ayuda al paciente y a sus familiares a comprender la importancia del control de la glucosa en sangre.

Planificación y gestión del tratamiento: Colabora en la elaboración de un plan de tratamiento personalizado que puede incluir cambios en la dieta, ejercicio, monitoreo de glucosa en sangre y, en algunos casos, medicamentos o insulina. Instruye al paciente sobre cómo llevar a cabo estos planes de tratamiento de manera efectiva.

Enseñanza de la automonitorización: Educa al paciente sobre cómo realizar el monitoreo regular de los niveles de azúcar en sangre, la interpretación de los resultados y la toma de decisiones basadas en esos datos para ajustar el tratamiento.

Administración de insulina y medicamentos: En el caso de la diabetes tipo 1 o la diabetes tipo 2 que requiere medicamentos, el enfermero puede enseñar al paciente cómo administrar insulina o medicamentos orales de manera segura y eficaz, incluyendo la técnica de la inyección.

Prevención y manejo de complicaciones: Educa al paciente sobre los signos de hipoglucemia (niveles bajos de azúcar en sangre) y cómo actuar en caso de emergencia. Además, promueve medidas para prevenir complicaciones a largo plazo, como enfermedades cardiovasculares, neuropatía y retinopatía, a través del control adecuado de la diabetes.

Apoyo emocional: Reconoce las preocupaciones y temores del paciente relacionados con el debut diabético y proporciona apoyo emocional. Ayuda a establecer metas realistas y a enfrentar los desafíos emocionales que pueden surgir.

Coordinación de la atención: Trabaja en equipo con médicos, nutricionistas y otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral y coordinada. Facilita la derivación a especialistas cuando sea necesario.

Educación continua: Promueve la educación continua del paciente y la actualización de conocimientos a medida que se desarrolla su experiencia en el manejo de la diabetes.

Seguimiento y revisión del plan de cuidados: Realiza un seguimiento continuo del paciente para evaluar su progreso, ajustar el plan de cuidados según sea necesario y responder a cualquier cambio en su salud.

El enfermero en el debut diabético desempeña un papel crucial en el empoderamiento del paciente para que pueda tomar un papel activo en el manejo de su enfermedad y en la prevención de complicaciones a largo plazo. Su enfoque en la educación, el apoyo y la coordinación de la atención es esencial para brindar una atención integral y centrada en el paciente.

5 Discusión-Conclusión

En la búsqueda de descubrir el debut diabético en niños en estudios futuros, es esencial adoptar un enfoque interdisciplinario y centrado en el paciente. En primer lugar, la colaboración entre enfermeros, pediatras, endocrinólogos y otros profesionales de la salud es clave. Trabajar juntos permite una evaluación completa y precisa de los niños en riesgo y garantiza que se aborden todas las dimensiones de su salud.

Además, se debe dar prioridad a la investigación que se centre en la detección temprana y el monitoreo a lo largo del tiempo. Esto implica llevar a cabo estudios longitudinales que sigan a niños desde una edad temprana y examinen detenidamente los factores de riesgo genéticos y ambientales. La educación y la conciencia pública también deben ser una parte integral de estos estudios, ya que un diagnóstico temprano depende de que los padres y profesionales de la salud estén bien informados sobre los síntomas y los factores de riesgo de la diabetes infantil. En resumen, la colaboración, el enfoque a largo plazo y la educación son fundamentales en la investigación del debut diabético en niños para mejorar la detección temprana y el manejo de esta afección crónica.

6 Bibliografía

Zabalegui Yárnoz, A. (2003). El rol del profesional en enfermería. *Aquichan*, 3(1), 16-20.

Capítulo 64

RELACIÓN DE FUNCIONES DEL ENFERMERO EN LA BRONQUIOLITIS INFANTIL

AIXA CASILDAS GÓMEZ

BEATRIZ RUIZ GALACHE

BEATRIZ APARICIO ÁLVAREZ

MARIA ISABEL RUS ORTEGA

ZAHIRA JIMÉNEZ MUÑOZ

1 Introducción

La bronquiolitis infantil es una enfermedad respiratoria aguda que afecta principalmente a niños menores de dos años. Se caracteriza por la inflamación y la obstrucción de las vías respiratorias más pequeñas, conocidas como bronquiolos, que se encuentran en los pulmones. Esta afección suele ser causada por una infección viral, siendo el virus respiratorio sincitial (VRS) la causa más común.

El concepto de la bronquiolitis infantil implica una serie de síntomas que pueden variar en gravedad, incluyendo congestión nasal, tos, dificultad para respirar, sibilancias y fiebre. La obstrucción de los bronquiolos dificulta el paso del aire a los pulmones y puede llevar a la reducción de la oxigenación, especialmente en bebés y niños pequeños, lo que hace que la bronquiolitis sea una afección potencialmente grave.

Esta enfermedad a menudo se propaga de persona a persona a través del contacto cercano, y los niños que asisten a guarderías o tienen hermanos mayores tienen un mayor riesgo de contraerla. El tratamiento de la bronquiolitis infantil generalmente se centra en aliviar los síntomas, ya que los antibióticos generalmente no son efectivos contra infecciones virales. En casos graves, especialmente cuando la oxigenación es insuficiente, puede ser necesario el ingreso hospitalario para proporcionar soporte respiratorio y monitoreo constante.

La bronquiolitis infantil es una afección respiratoria común en bebés y niños pequeños, caracterizada por la inflamación y la obstrucción de los bronquiolos debido a infecciones virales, siendo el VRS la causa principal. El concepto abarca una serie de síntomas respiratorios que pueden variar en gravedad y que requieren atención médica adecuada, especialmente en casos graves para garantizar una recuperación segura y completa.

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

La atención de enfermería a pacientes que ingresan con bronquiolitis infantil es fundamental para proporcionar el mejor cuidado posible a estos niños. Aquí se describen las funciones clave del enfermero en el manejo de pacientes con bronquiolitis infantil:

Evaluación inicial: El enfermero realiza una evaluación exhaustiva del paciente para determinar la gravedad de la bronquiolitis. Esto incluye la medición de sig-

nos vitales, como frecuencia cardíaca y respiratoria, saturación de oxígeno y temperatura. También evalúa la capacidad respiratoria del niño y sus síntomas, como la tos y la dificultad para respirar.

Monitorización continua: Durante la hospitalización, el enfermero realiza una monitorización constante de los signos vitales y la saturación de oxígeno para detectar cualquier deterioro en la función respiratoria. Esto permite una intervención rápida en caso de empeoramiento.

Administración de oxígeno: En casos de bronquiolitis grave, el enfermero administra oxígeno según las indicaciones médicas para mantener niveles adecuados de oxigenación en sangre.

Hidratación: El enfermero asegura que el paciente reciba una hidratación adecuada, ya que la bronquiolitis puede llevar a la deshidratación debido a la dificultad para alimentarse y respirar. Esto puede involucrar la administración de líquidos por vía intravenosa en casos graves.

Asistencia en la alimentación: Si el niño tiene dificultades para alimentarse debido a la dificultad para respirar, el enfermero puede colaborar en la alimentación adecuada, a menudo a través de sondas nasogástricas.

Manejo de la secreción: Los enfermeros ayudan a mantener las vías respiratorias del paciente limpias de secreciones, utilizando técnicas como la aspiración suave si es necesario. Esto mejora la comodidad del niño y facilita la respiración.

Educación a los padres: El enfermero brinda orientación a los padres sobre la enfermedad, los cuidados en casa, el uso de medicamentos recetados y la identificación de signos de empeoramiento que deben informarse de inmediato al personal médico.

Prevención de infecciones: Dada la naturaleza contagiosa de la bronquiolitis, los enfermeros toman medidas para prevenir la propagación de la infección a otros pacientes y el personal hospitalario, como el lavado de manos y el uso adecuado de equipo de protección.

Apoyo emocional: Reconociendo el estrés y la preocupación de los padres, el enfermero ofrece apoyo emocional y respuestas a sus preguntas para aliviar sus inquietudes durante la hospitalización de su hijo.

Documentación precisa: Mantiene registros precisos de las intervenciones real-

izadas, la respuesta del paciente y cualquier cambio en el estado del niño, lo que es fundamental para el seguimiento y la planificación del tratamiento.

El enfoque del enfermero en la atención de pacientes con bronquiolitis infantil es holístico y centrado en el bienestar del niño y su familia. Al proporcionar cuidados expertos, apoyo emocional y educación, los enfermeros desempeñan un papel esencial en la recuperación de estos pequeños pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Para los enfermeros que brindan tratamiento a niños con bronquiolitis, es fundamental adoptar un enfoque de atención centrado en el niño y su familia. Comunicación y empatía son clave; escuchar a los padres y responder a sus preguntas y preocupaciones con paciencia y comprensión puede aliviar sus ansiedades durante esta experiencia estresante. Además, educa a los padres sobre cómo cuidar a su hijo en casa, incluyendo la administración de medicamentos y la observación de signos de empeoramiento.

Además, mantén una vigilancia constante sobre el estado del niño, especialmente en casos graves. La bronquiolitis puede cambiar rápidamente, por lo que una monitorización cuidadosa es esencial. Trabaja en estrecha colaboración con el equipo médico y otros profesionales de la salud para garantizar un enfoque integral en el tratamiento. Al brindar un cuidado que combina experiencia clínica con compasión y comunicación efectiva, puedes contribuir significativamente a la recuperación de los niños afectados por la bronquiolitis y brindar apoyo a sus familias.

6 Bibliografía

Zabalegui Yárnoz, A. (2003). El rol del profesional en enfermería. *Aquichan*, 3(1), 16-20.

Capítulo 65

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ANATOMIA DE LA COLUMNA LUMBAR PARA ENFERMERÍA

TAMARA NOVA VALERO

CELIA SÁNCHEZ CASAS

LISAIDA REINA TRUJILLO

ANA ISABEL MOYA RINCÓN

ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ

1 Introducción

En esta revisión bibliografía se va a tratar sobre las lesiones de columna en el entorno laboral y su relación con el absentismo, además de la ergonomía, higiene postural, seguridad en el trabajo y también de la importancia y el papel de la enfermería en el proceso de recuperación de los pacientes afectados por estas patologías.

La columna está formada por la superposición de 33 vértebras, intercaladas por discos intervertebrales

Según su anatomía se dividen en:

- 7 vértebras cervicales
- 12 vértebras dorsales
- 5 vértebras lumbares

- 5 vértebras sacras soldadas
- Junto con pequeño hueso triangular de 3-4 vértebras (depende de la persona), llamado coxis.

“Si se mira de frente, la columna está perfectamente alineada; si se mira de perfil podemos distinguir distintas curvas: A nivel cervical y lumbar visualizaremos una concavidad hacia atrás llamada lordosis, y a nivel dorsal, una concavidad hacia adelante llamada cifosis. Estas curvas son totalmente normales, le dan resistencia a la columna y ayuda a permitir amortiguar las fuerzas de compresión axial, evitando la compresión del disco (es el primer mecanismo de defensa con que cuenta la columna). Estas curvaturas pueden llegar a adquirir formas patológicas de las que trataremos más adelante.” (Ojeda Gil, 2016)

Los movimientos que podemos realizar con la columna son:

- Flexión /extensión
- Rotación
- Inclinación lateral.

2 Objetivos

Objetivo principal:

Evidenciar la importancia del conocimiento de la anatomía de la columna lumbar para enfermería.

Objetivo secundario:

Trabajar con la revisión sistemática como herramienta de investigación.

3 Metodología

Para la resolución del tema presente se realiza una revisión bibliográfica con una estrategia de búsqueda basada en la siguiente terminología:

ANATOMIA DE LA COLUMNA LUMBAR PARA ENFERMERIA

Se han utilizado buscadores como Pubmed, Scielo o Medline.

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

Las Vértebra

Las vértebras de nuestra columna vertebral no son iguales. Por lo general, se pueden distinguir dos partes de las vértebras:

- El cuerpo vertebral anterior, su función es presionar sobre él.
- El arco posterior, que juega un papel muy dinámico en la columna vertebral: “El arco posterior es el canal o canal de extensión y define el límite del tubo, llamado columna vertebral del canal. El área menos protegida de la vértebra es su región anterior. Describe una curva para forzar las vértebras hacia adelante. Por lo tanto, el movimiento más dañino para la columna es la flexión combinada con la rotación. Si observa el exterior de las vértebras, se puede ver que entre las dos vértebras superpuestas hay un orificio llamado foramen, a través del cual pasan las raíces nerviosas de la médula espinal. Cada una de las vértebras está conectada a las vértebras inferiores mediante una articulación llamada disco intervertebral.” (Ojeda Gil, 2016)

Disco Intervertebral

Hay una estructura llamada disco intervertebral. El disco tiene dos partes.

- El núcleo (parte central del viscoso, 90% de agua),
- El anillo fibroso (la periferia del disco formado por fibras de colágeno contra el disco). La fibrosis anular tiene un frente grueso que protege la pared posterior.

La espalda es la parte posterior del cuerpo humano y está formada por huesos, músculos y tejido. Se extiende desde el cuello hasta la pelvis. Las lesiones de espalda pueden ser secundarias al trabajo y pueden ocurrir durante el desarrollo de actividades deportivas, por causas laborales o como consecuencia de un accidente.

Estudios recientes han confirmado que fumar también es un factor importante en la aparición de hernias discales. Existe una diferencia entre una hernia de disco y una hernia condilar, en este último caso no existe un núcleo herniado

5 Discusión-Conclusión

A través de la realización de este trabajo he podido observar que los problemas de espalda es una patología que afecta a muchas pacientes de diversas formas. También me he podido percatar de que es muy importante en el tratamiento de estas patologías asociadas a la columna, el trabajo de un equipo multidisciplinar, como son los médicos, las enfermeras o los fisioterapeutas, ya que el objetivo del personal sanitario es la recuperación completa del paciente, aunque también

hay que incidir en que los pacientes tienen que colaborar en su proceso de recuperación y realmente estar interesados en querer mejorar su estado de salud, para que esta progresión hacia la curación sea completa, ya que hemos podido comprobar que no todos los pacientes están enfermos, ni todos quieren curarse, ya que esto implicaría una vuelta a su actividad laboral.

Por ello es importante el conocimiento de la anatomía de la columna lumbar en el ámbito de enfermería.

6 Bibliografía

1. Lorenzo Ojeda Gil. Recuerdo anatómico y biomecánico de la columna (2017). Acceso el 13 julio de 2021, disponible en: <https://docplayer.es/20992959-Recuerdo-anatomico-y-biomecanico-de-la-columna.html>.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 66

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ENFERMERÍA DEL TRABAJO Y ERGONOMÍA

TAMARA NOVA VALERO

ANA ISABEL MOYA RINCÓN

CELIA SÁNCHEZ CASAS

ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ

LISAIDA REINA TRUJILLO

1 Introducción

Se pueden prevenir las lesiones de columna y no solo con acciones dentro del trabajo, sino también fuera de este:

- Ejercicio: Mediante la combinación de ejercicios como caminar y nadar con ejercicios específicos para mantener la espalda y los abdominales fuertes y flexibles.
- Pérdida de peso: Tratando de mantener un peso saludable. El sobrepeso puede tensar la columna y la espalda baja.
- Evitar fumar: El fumar y la nicotina envejecen la columna más rápido de lo normal.
- Mantener una postura correcta: Una postura correcta es muy importante para evitar problemas lumbares. La forma en que nos paramos, nos sentamos y nos levantamos tiene un gran impacto en la salud de nuestra columna vertebral.

- Planificar con anticipación lo que queremos hacer y no apresurarse.
- Pararnos cerca del objeto que deseamos levantar.
- Ampliar el ancho de los hombros del pie para proporcionar estabilidad.
- Doblar las rodillas.
- Tonificar los abdominales.

Cuando se levanten y transporten objetos pesados, levantarlos con las piernas para contraer los abdominales. Acercar el objeto a nuestro cuerpo. Mantener la curva natural de la espalda. No girar mientras se levantan objetos. Si algo es demasiado pesado para levantarlo con seguridad, hay que pedir ayuda a otra persona.

2 Objetivos

Objetivo principal:

Evidenciar la labor de la enfermería del trabajo y la ergonomía.

Objetivo secundario:

Trabajar con la revisión sistemática como herramienta de investigación.

3 Metodología

Para la resolución del tema presente se realiza una revisión bibliográfica en los buscadores Pubmed, Scielo y Medline, con una estrategia de búsqueda basada en la siguiente terminología:

ENFERMERIA DEL TRABAJO Y ERGONOMIA

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

Elevación de un objeto ligero: Para levantar un objeto muy ligero, como un papel, del suelo, inclinarse contra el objeto, doblar ligeramente una rodilla y extender la otra pierna hacia atrás.

Levantar objetos pesados: Ya sea que se esté levantando un cesto de ropa pesado o una carga pesada en el garaje, recordar acercarse al objeto, doblar las rodillas y levantarlo con los músculos de las piernas. No doblar las caderas.

Levantar una bolsa con peso: Pararse junto a ella, doblar las rodillas, agarrar el asa y pararse derecho.

Sostener el objeto: Mientras se sostiene el objeto, mantener las rodillas ligeramente flexionadas para mantener el equilibrio. Si se necesita mover el objeto hacia los lados, no realizar una postura forzada. Apuntar los dedos de los pies en la dirección en la que se quiera ir y girar en esa dirección. Cuando movamos un objeto, mantenerlo cerca de nosotros.

Cómo poner cosas en los estantes: Si necesitamos poner cosas en los estantes, hay que mantenerlas lo más cerca posible de los estantes. Colocar los pies separados, un pie delante del otro, y sostener el objeto a colocar firmemente. No hay que inclinarse hacia adelante ni extender completamente los brazos cuando se sostenga el objeto en las manos.

Apoyar la espalda en una posición sentada: En una posición sentada, mantener la espalda en su posición normal, ligeramente arqueada. Asegurarse de que en la silla se apoya la parte baja de la espalda. Mantener la cabeza y los hombros rectos. Tenemos que asegurarnos de que la mesa está a la altura correcta para que no tengamos que inclinarnos hacia adelante. Si es posible, hay que levantarse y estirarse una vez por hora. Colocar la mano sobre la espalda e inclinarse suavemente hacia atrás.

5 Discusión-Conclusión

Prevención del dolor de espalda en el trabajo: Existen medidas que se pueden tomar para prevenir el dolor de espalda y las lesiones en el lugar de trabajo:

- Prestar atención a la postura: Mientras estamos de pie, hay que equilibrar nuestro peso de manera uniforme con los pies. No hay que inclinarse. Elegir una silla que soporte la curva de la columna para sentarse cómodamente. Hay que ajustar la altura de la silla para que los pies estén planos sobre el suelo y los muslos paralelos al mismo. Hay que sacar la cartera y el teléfono móvil del bolsillo antes de sentarse para evitar presión en las caderas.
- Evitar tareas repetitivas: Si es posible, hay que utilizar un dispositivo de elevación para levantar los equipajes. Intentar alternar entre tareas físicamente exigentes y tareas menos exigentes. Si se está trabajando con un ordenador, tenemos que asegurarnos de que el monitor, teclado, mouse y silla están en la posición correcta. Si hablamos con frecuencia por teléfono y escribimos al mismo tiempo, hay que colocar el teléfono con el altavoz o utilizar unos auriculares.
- Escuchar a nuestro cuerpo: Si tenemos que permanecer sentados durante largos períodos de tiempo, hay que cambiar de posición con frecuencia. Dar una

caminata corta y estirar suavemente los músculos para aliviar la tensión.

Aprender buenos hábitos posturales es fundamental, tanto para estar sentado como al levantar peso. Las personas que trabajan en manipulación de cargas o similar, deben usar un equipo de protección adecuado (calzado, guantes, faja lumbar, etc.).

En el caso de realizar actividades deportivas, es importante realizar un buen calentamiento previo y estiramientos. Los estiramientos se deben repetir tras finalizar la actividad.

Por ello es importante la labor de enfermería del trabajo y el adoctrinamiento en ergonomía en los puestos de trabajo

6 Bibliografía

1. José Manuel Sáez Pérez. (2017). Cervicobraquialgia: una aproximación a través de la experiencia clínica. Acceso el 13 julio de 2021, disponible en: <http://mgyf.org/cervicobraquialgia-una-aproximacion-traves-experiencia-clinica>.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 67

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: PATOLOGIA DE LA COLUMNA APLICABLE A ENFERMERÍA

TAMARA NOVA VALERO

CELIA SÁNCHEZ CASAS

LISAIDA REINA TRUJILLO

ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ

ANA ISABEL MOYA RINCÓN

1 Introducción

La espalda es la parte posterior del cuerpo humano y está formada por huesos, músculos y tejido. Se extiende desde el cuello hasta la pelvis. Las lesiones de espalda pueden ser secundarias al trabajo y pueden ocurrir durante el desarrollo de actividades deportivas, por causas laborales o como consecuencia de un accidente.

Vamos a tratar brevemente las patologías de columna:

Cervicobraquialgia: “La cervicobraquialgia es el dolor originado en la región cervical, que se irradia al miembro superior a través del territorio correspondiente a una raíz nerviosa cervical. Las raíces más frecuentemente afectadas son C7 y C6, por este orden. Puede obedecer a diferentes causas, entre la que se encuentran hernias discales, cervicales, trastornos degenerativos de la columna, inflamación, tumores (neurinoma, tumor de Pancoast). Representa la cuarta causa de

discapacidad, con una tasa de prevalencia anual superior a 30 %. El arsenal diagnóstico y terapéutico es variado. La resonancia magnética nuclear, el mielo-TAC y el electromiograma son las pruebas más solicitadas. El tratamiento pasa por la combinación de fármacos, fisioterapia, técnicas de bloqueo neural en unidades del dolor y cirugía. Una buena conexión entre niveles asistenciales es fundamental en su abordaje y resolución temprana y evita la cronificación, como se puede ver a través de este caso clínico”. (Sáez Pérez, 2017).

Lumbalgia: “El dolor de espalda y las lesiones tienden a ocurrir con mayor frecuencia en la zona lumbar. El dolor lumbar es un dolor local en la zona lumbar, cuyo origen está relacionado con la estructura musculoesquelética de la columna. “El dolor lumbar se define como un dolor muscular en la zona lumbar (L1-L5) y aumenta la tensión y rigidez de los músculos. Esta condición afecta tanto a jóvenes, como a los adultos y a los ancianos, con trabajo sedentario en exceso, y también se presenta en personas que realizan actividades que requieren ejercicio. Aproximadamente el 80% de la población tiene o sufrirá dolor de espalda a lo largo de su vida, y hasta el 70% de los adultos jóvenes antes de los 16 años sufrirán este tipo de dolor de espalda.” (Kovacs, 2016)

Contractura muscular: “Una contractura muscular, es una contracción del músculo. Esta contracción del músculo, aunque en ocasiones solo ocurre en una de sus fibras, es continua y se produce de forma involuntaria, manteniendo al músculo en un estado de tensión constante. Esta lesión es muy común, no solo les sucede a los deportistas, sino que puede ocurrir durante la realización de movimientos normales que habitualmente no causan dolor. También es muy importante saber identificar la espasticidad y distinguirla de otras lesiones. Las contracciones musculares se pueden clasificar según cuándo ocurren en:

- De esfuerzo: si trabaja demasiado durante el ejercicio, debido al estrés o la falta de ejercicio, su cuerpo no podrá eliminar los metabolitos de la sangre, lo que provocará dolor e inflamación.
 - Después del ejercicio: si un músculo se somete a un ejercicio intenso y después no puede volver a un estado relajado. Este tipo de contractura se conoce comúnmente como “cordón de zapato” y es muy debilitante y limitante.
 - Residual: En caso de una lesión grave, los músculos circundantes tienden a contraerse y protegerse. Esto significa que incluso si cicatriza una herida importante, los músculos circundantes permanecerán en una posición tensa durante mucho tiempo. La única forma eficaz de revertir estas contracturas es mediante la realización de ejercicios de recuperación y la rehabilitación manual”. (Kovacs, 2016).
- Hernia de disco: “Ocurre cuando todo o parte del disco espinal pasa a través de una porción débilmente dañada del disco. Esta hernia ejerce presión sobre los

nervios cercanos y la médula espinal, lo que puede causar malestar y dolor. Las hernias de disco generalmente ocurren en hombres de mediana edad y mayores y, normalmente, después de una actividad intensa. Otros posibles factores de riesgo incluyen el sobrepeso, levantar objetos pesados sin las debidas instrucciones de higiene postural, doblar y torcer constantemente las caderas y un estilo de vida sedentario.

Estudios recientes han confirmado que fumar también es un factor importante en la aparición de hernias discales. Existe una diferencia entre una hernia de disco y una hernia condilar, en este último caso no existe un núcleo herniado.

Cuando la altura del disco intervertebral disminuye debido al envejecimiento, etc., parte del peso corporal se comprime en la superficie de la articulación, provocando una artropatía a largo plazo”. (Kovacs, 2016).

2 Objetivos

Objetivo principal:

Identificar las LESIONES DE LA COLUMNA LUMBAR APLICABLE A ENFERMERIA

Objetivo secundario:

Trabajar con la revisión sistemática como herramienta de investigación.

3 Metodología

Para la resolución del tema presente se realiza una revisión bibliográfica en buscadores como Pubmed, Medline y Scielo, con una estrategia de búsqueda basada en la siguiente terminología:

LESIONES DE LA COLUMNA LUMBAR APLICABLE A ENFERMERÍA

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

La Agrupación Americana de Enfermeras Holísticas define enfermería holística como «toda práctica de enfermería cuya meta es la curación del individuo como un todo».

Este ideal de proteger al individuo como un todo y no solamente su cuerpo físico, es un ideal que se relaciona a Florence Nightingale. Las enfermeras que saben sobre Florence y su dedicación al cuidado de los que no podían ejercer el autocuidado sobre sí mismos, sabrá a qué se refiere este apartado.

Ella hizo énfasis en la conexión entre los pacientes y su ámbito, por lo que se cree que fue una de las primeras enfermeras holísticas.

La enfermería ha recorrido un extenso camino desde los días de Florence Nightingale y sus actividades pioneras que le definen como “la madre de la enfermería actual”. Una cosa que no cambió, y es poco posible que cambie en cualquier instante del futuro cercano, es la existencia de patología y su impacto en las personas.

“La patología puede llevar a cabo anular hasta al más poderoso de las personas; nadie es inmune.”

Como expertos de enfermería se debe tener conocimientos referentes a cómo las patologías están afectando a nuestros propios pacientes. Debido a la alta carga de pacientes y el poco tiempo disponible para las enfermeras, es complicado ejercitar esta idea con un paciente.

Es fundamental proteger a los individuos y verlos como una persona completa, no únicamente como un paciente o un diagnóstico.

Una atención de enfermería integral involucra la curación de la mente, el cuerpo humano y el alma de los pacientes. Hablamos de pensar y contribuir a los pacientes con los efectos de la patología en el cuerpo humano, la mente, los sentimientos, la espiritualidad, la creencia y las colaboraciones particulares. Una atención integral además involucra tener en cuenta las diferencias y preferencias sociales y culturales. Cada individuo es su propia persona. ¿Acaso no se debería individualizar la atención para cada paciente?.

La holística son más que ciertas actividades llevadas a cabo o palabras habladas a un paciente. El cuidado holístico es una filosofía; hablamos de un procedimiento para asegurar la atención a cada una de las partes de un paciente.

5 Discusión-Conclusión

Las lesiones de espalda, como se ha observado, pueden ser prevenidas con una correcta educación en salud en el trabajo, llevada a cabo por profesionales formados específicamente para este ámbito, y no solamente médicos, sino también profesionales de enfermería

La labor de enfermería es fundamental en este proceso, que es la prevención de aparición de lesiones lumbares, así como de la recuperación de los pacientes cuando estas ya han ocurrido, contribuyendo así de una forma vital en todo este

proceso, tanto desde el ámbito de prevención, como de tratamiento como en el de curación y recuperación del paciente hasta que vuelve a ser apto para incorporarse a su entorno laboral, teniendo en cuenta el punto de vista holístico que tanto caracteriza a esta profesión.

6 Bibliografía

1. Lorenzo Ojeda Gil. Recuerdo anatómico y biomecánico de la columna (2017). Acceso el 13 julio de 2021, disponible en: <https://docplayer.es/20992959-Recuerdo-anatomico-y-biomecanico-de-la-columna.html>.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 68

EL GÉNERO COMO DETERMINANTE SOCIAL DE SALUD

SONIA BRICEÑO GARCÍA

LIRIA CHAMORRO RUFO

SANDRA CASTELLANOS CUEVAS

LOURDES SEGOVIA GARCÍA DE MARINA

MARIA CRUCES RODRÍGUEZ PERAL LÓPEZ ASTILLEROS

1 Introducción

El concepto de "género" se refiere a las funciones, deberes y posibilidades atribuidas a la identidad de género, ya sea masculina o femenina, así como a las interacciones socioculturales entre personas de diferentes identidades de género. Dichos atributos, oportunidades y relaciones están fundados por la sociedad y son aprendidos gracias a la socialización. Son determinados por cada cultura y van variando con el paso de los años.

En todas las culturas, existen discrepancias y disparidades entre los géneros, en lo que respecta a las labores que desempeñan, su capacidad para acceder y gestionar recursos, así como las oportunidades para participar en la toma de decisiones. El concepto de género se utiliza como un enfoque analítico, para comprender los elementos que contribuyen a dichas desigualdades.

La disparidad entre los distintos géneros se manifiesta cuando las personas asociadas a una identidad de género específica enfrentan limitaciones en el acceso

a oportunidades sociales que se equiparan con las que tienen individuos de otra identidad de género. Las disciplinas de ciencias sociales, han investigado que, en numerosas ocasiones, las disparidades de género conllevan notables diferencias sociales, es decir, desequilibrios que pueden ejercer diversos tipos de influencia, en el bienestar de las comunidades.

Por lo tanto, el propósito de este estudio es, llevar a cabo una investigación en diversas fuentes bibliográficas de alta calidad, con el fin de adquirir el conocimiento esencial sobre las disparidades de género que prevalecen, especialmente en el ámbito de la salud.

2 Objetivos

- Identificar los tipos de roles de género que existen en la sociedad.
- Establecer las diferencias de salud existentes motivadas por factores y relaciones de género.

3 Metodología

Se ha utilizado como diseño de estudio propuesto la revisión bibliográfica enmarcada dentro de la línea de género y salud.

Se ha realizado una búsqueda de información en diferentes textos científicos, revistas, libros, tesis doctorales, guías, y revisiones, tanto en inglés como en español; seleccionando únicamente aquellos artículos que parecen contener información más útil sobre los objetivos planteados.

4 Resultados

De acuerdo con la literatura consultada, el género se refiere al conjunto de nociones, creencias y atribuciones asignadas a personas identificadas como hombre y mujer en un contexto histórico o cultural determinado, lo cual influye en las dinámicas interpersonales. Este concepto se centra en la construcción social.

En contraste con el género, el término "sexo" engloba las características biológicas que distinguen anatómica y fisiológicamente a las personas como mujeres y hombres (1).

Por otro lado, los estereotipos de género son representaciones subjetivas creadas socialmente. Por lo general, no reflejan la realidad y se basan en creencias sobre las características y capacidades de los distintos grupos sexuales. Estos es-

tereotipos se convierten en prejuicios que establecen diferencias entre grupos y, al mismo tiempo, actúan como criterios de evaluación al compararlos con la ejecución en diversas áreas de la vida de las personas.

Estos estereotipos influyen en la conducta cotidiana y se materializan en lo que se conoce como roles de género (2).

La función de género, implica llevar a cabo un conjunto de acciones y actitudes, que se consideran adecuadas y conformes a las normas sociales de masculinidad y feminidad, en una sociedad específica. Los roles de género, representan uno de los elementos más significativos en nuestra experiencia. Se forman en la vida diaria y están estrechamente vinculados con la distribución de responsabilidades, según el sexo en la sociedad. Se han identificado diversos tipos de roles, de los cuales destacan: (3)

-El rol reproductivo: Incluye tanto la reproducción biológica como todas las responsabilidades esenciales para asegurar el bienestar y la supervivencia de los integrantes de la familia, abarcando aspectos como la crianza y la enseñanza, la alimentación, la atención y el cuidado de sus integrantes, así como, la gestión y mantenimiento del hogar. Tradicionalmente, se ha visto como el papel natural de las mujeres.

-Rol productivo: comprende las actividades que generan ingresos, tanto personales como para el hogar, ya sea en forma de dinero o bienes. En muchos casos, se ha asignado a los hombres la responsabilidad del rol productivo (1).

Reconocer estos roles, posibilita la apreciación del trabajo relacionado con la reproducción, como una contribución esencial al progreso y la operación de la sociedad; y contribuye a prevenir prejuicios que podrían obstaculizar el desarrollo y el crecimiento personal de las personas de diferentes géneros (1).

Habitualmente las mujeres realizan más de dos roles (productivo y reproductivo y muchas veces también de gestión comunitaria), lo cual puede traer consecuencias en la salud.

Otro aspecto importante a valorar es el nivel educativo, el cual es muy similar entre hombres y mujeres; sin embargo, las mujeres enfrentan mayores desafíos en el ámbito laboral, ya sea para acceder a roles de alta responsabilidad y reconocimiento social o en términos de la remuneración que reciben. En la mayoría de las situaciones, las mujeres se encuentran en una posición socioeconómica desfavorecida que tiene un impacto negativo en su bienestar (3).

Algunos autores han realizado una diferenciación en el estado de salud de las mujeres con trabajos remunerados, y en el de las amas de casa, pues las primeras tendrían una independencia económica, satisfacción por el propio trabajo, una red de relaciones sociales y un mayor control sobre la propia vida y la propia

salud.

La ausencia de trabajo constituye un motivo de sufrir un significativo descenso en el estatus social, y puede ser el origen de la marginalidad y la pobreza extrema; así como a personas con cargas familiares les puede suponer un deterioro de la salud (4,7).

Se han realizado investigaciones que evidencian notables disparidades en la salud mental y física que benefician a las mujeres empleadas en comparación con aquellas que no tienen empleo. Este hecho demuestra que trabajar fuera del propio hogar es un factor protector para la salud mental. Se considera altamente positivo y reforzador (5).

A nivel general, podemos afirmar, que en el sector de la salud, se observan disparidades y desigualdades relacionadas con el género, las cuales están influenciadas por diversos factores. Estos factores, comprenden aspectos biológicos, como la genética y la fisiología, así como, aspectos culturales, sociales, laborales y medioambientales. Estos elementos, ejercen una influencia variada en la salud y los riesgos de enfermedad según el género. Además, hay factores que, en parte, se explican por cuestiones de género y que afectan injustamente la salud de las personas, estas diferencias pueden atribuirse a factores como los procesos de socialización, las dinámicas y obligaciones familiares, las expectativas en el ámbito laboral y los tipos de ocupaciones.

Por lo tanto, adoptar una perspectiva de género en salud implica considerar que:

- Coexiste una construcción cultural y social diferente para hombre y mujer, y podría haber ciertas discrepancias debidas a dichas construcciones de género en el ámbito de la salud y en la atención sanitaria.

- Actualmente, se observa una estructura de poder basada en el género, que a menudo, desvaloriza o discrimina lo femenino, creando dinámicas de poder entre hombres y mujeres. Estas dinámicas, se conocen como relaciones de género.

- Las posibles disparidades en la salud, tanto originadas por aspectos biológicos como influenciadas por factores y dinámicas de género, pueden dar lugar a situaciones de discriminación que son injustas y pueden evitarse. En otras palabras, podrían existir desigualdades y falta de equidad en el ámbito sanitario. (6).

Por tanto, podemos distinguir tres enfoques de géneros en salud:

1. Salud de las mujeres. Existen determinados problemas específicos de mujeres que precisan de una atención determinada.
2. Desigualdades de género. Existe un entorno social distinto y discriminatorio para el sexo femenino y masculino, lo cual origina desigualdad e inequidad.
3. Determinantes de género. Las actitudes, vivencias y maneras de vivir, estar enfermo, buscar atención médica y fallecer se encuentran influenciadas por los

determinantes psicosociales de género (3).

5 Discusión-Conclusión

Tras la realización de esta revisión se ha llegado a la conclusión de que existen algunas barreras y limitaciones relacionadas con el género sobre todo en el ámbito de la salud en la población.

El género femenino vive en una sociedad que impone sus barreras, añadidas a los propios miedos, inculcados a lo largo de la historia por los roles y estereotipos de género.

Por ello se debe recapacitar, debatir y confeccionar propuestas sobre distintos aspectos de atención a la salud, promoviendo una mirada de género y potenciando el consenso en las acciones de salud; para de esta forma conseguir reducir esas diferencias.

6 Bibliografía

1. Laura CD, Venegas F, Caballero D. Determinantes sociales: Género y salud. Guía para la Implementación del enfoque de género en servicios de salud “servicios de salud estrella”. 1ª ed. Bolivia: Edes La paz; 2009.
2. Valls-Llobet C. Mujeres, Salud y Poder. 1ª ed: Catedra; 2010.
3. Castañeda AI. Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. Revista cubana salud pública [revista en Internet] 2007; 33 (2): [1-20]. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0864-34662007000200011&script=sci_arttex.
4. Artacoz L. Salud y género. Documentación social [revista en Internet] 2002; 27 (1): [181-205]. Disponible en: <http://www.caritas.es/imagesrepository/CapitulosPublicaciones/557/09-%20SALUD%20Y%20G%C3%89NERO.pdf>.
5. Álvarez S. Mujeres desempleadas y salud mental. Goze [revista en Internet] 2000; 3 (10): [29-31]. Disponible en: <http://antigua.omeaen.org/norte/10g/n10029031.pdf>.
6. Velasco AS. Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud. 1ª ed. Madrid; 2008.
7. Artacoz L, Escriba AV, Cortés I. Género, trabajos y salud en España. Gaceta Sanitaria [revista en Internet] 2004; 18 (2): [24-35]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv18s2/revision3.pdf>.

Capítulo 69

MEDIDAS BÁSICAS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA EL GRADUADO EN ENFERMERÍA

AINOA PEÑUELAS DE JULIÁN

ANDREA MURCIA VILLALBA

SARA BASCUÑANA NIETO

MARIA RUIZ HOLGADO

ANA CAROLINA SANPABLO CAMPOS

1 Introducción

En el ámbito de la salud, la radiología desempeña un papel crucial en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de diversas condiciones médicas. Sin embargo, la utilización de técnicas radiológicas también conlleva la exposición a la radiación ionizante, que puede tener efectos adversos en la salud tanto de los pacientes como de los profesionales que trabajan en este entorno. Los graduados en enfermería, al ser una parte integral de los equipos de atención médica, desempeñan un papel vital en la aplicación de medidas de protección radiológica para garantizar la seguridad y el bienestar de todos los involucrados.

La protección radiológica se refiere al conjunto de prácticas, procedimientos y precauciones diseñados para minimizar los riesgos asociados a la exposición a la radiación ionizante. Los profesionales de la enfermería que trabajan en entornos

donde se realizan procedimientos radiológicos deben estar familiarizados con los principios básicos de protección radiológica para prevenir daños innecesarios y asegurar la entrega segura y efectiva de la atención médica.

Una parte fundamental de la protección radiológica es el conocimiento sobre los efectos de la radiación ionizante en el cuerpo humano. Los graduados en enfermería deben comprender cómo la radiación puede afectar los tejidos y las células, y cómo los diferentes órganos pueden reaccionar ante diferentes dosis de radiación. Esto les permitirá tomar decisiones informadas sobre la exposición a la radiación, ajustar protocolos y garantizar la seguridad de los pacientes y el personal.

El uso adecuado de equipos de protección personal (EPP) es otro componente vital de la protección radiológica. Los profesionales de la enfermería deben conocer y utilizar los delantales y protectores de plomo apropiados durante los procedimientos radiológicos para reducir la exposición a la radiación. Además, deben asegurarse de que los pacientes también reciban protección mediante la colocación correcta de delantales de plomo y otros dispositivos de protección.

La dosimetría es otra consideración clave en la protección radiológica. Los profesionales de la enfermería deben entender cómo se mide y se controla la cantidad de radiación a la que se está expuesto. Esto implica conocer los términos técnicos relacionados con la dosis de radiación, como el "milisievert" (mSv), y colaborar con físicos médicos y especialistas en radiología para garantizar que los procedimientos se realicen dentro de límites seguros.

En resumen, las medidas básicas de protección radiológica para los graduados en enfermería son esenciales para garantizar la seguridad de los pacientes y el personal en entornos médicos que utilizan radiación ionizante. A través de la comprensión de los efectos de la radiación, el uso adecuado de EPP, la aplicación de principios de dosimetría y la colaboración con otros profesionales de la salud, los enfermeros pueden desempeñar un papel crucial en la administración segura y efectiva de la atención radiológica en el ámbito clínico.

2 Objetivos

- Exponer las medidas básicas de protección radiológica para el graduado en enfermería.

3 Metodología

Se ha realizado una consulta de diversos y variados artículos en distintos buscadores científicos Medlineplus y Scielo, utilizando también palabras clave, como teleconsulta, call center, atención primaria y especializada. Además, se ha realizado una búsqueda en bibliografía sistemática de libros.

4 Resultados

Las medidas básicas de protección radiológica son fundamentales para garantizar la seguridad tanto de los pacientes como del personal de enfermería que trabaja en entornos donde se utilizan radiaciones ionizantes, como radiografías y procedimientos de medicina nuclear.

Los objetivos de estas medidas son:

- Salvaguardar la salud y seguridad de los profesionales de enfermería y otros trabajadores de la salud que pueden estar expuestos a la radiación durante su trabajo. Esto se logra mediante la implementación de protocolos adecuados, la capacitación en medidas de protección y el uso de equipos de protección personal.
- Minimizar la exposición a la radiación de los pacientes sometidos a procedimientos radiológicos. Los profesionales de enfermería deben asegurarse de que se apliquen las dosis de radiación necesarias para el diagnóstico o tratamiento, evitando dosis excesivas y garantizando resultados clínicos precisos.

Algunas medidas clave que los graduados en enfermería deben tener en cuenta son:

- Distancia:

Mantén la mayor distancia posible de la fuente de radiación mientras realizas procedimientos radiológicos. Cuanto mayor sea la distancia, menor será la exposición a la radiación.

Tiempo: Reduce al mínimo el tiempo de exposición a la radiación. Limita el tiempo que pasas cerca de la fuente radiactiva o del equipo de rayos X.

- Blindaje:

Utiliza los elementos de blindaje disponibles, como delantales y protectores de plomo, para protegerse de la radiación dispersa. Asegúrate de que los pacientes también estén adecuadamente protegidos con delantales de plomo durante los procedimientos radiológicos.

- Monitoreo personal:

Si trabajas en un entorno con exposición regular a la radiación, es posible que debas llevar un dosímetro personal para medir la cantidad de radiación a la que estás expuesto. Esto ayuda a mantener un registro de tu exposición y garantiza que no excedas los límites de seguridad establecidos.

- Normas de seguridad:

Asegúrate de estar familiarizado con las regulaciones y normativas de seguridad radiológica en tu área. Cumple con las prácticas y pautas establecidas para minimizar la exposición a la radiación.

Educación y capacitación: Recibe capacitación adecuada en protección radiológica. Esto incluye comprender los principios básicos de la radiación, cómo trabajar con equipos radiológicos de manera segura y cómo aplicar técnicas de protección radiológica.

- Límites de dosis:

Conoce los límites de dosis de radiación establecidos por las autoridades reguladoras. Asegúrate de no exceder estos límites tanto para ti como para los pacientes.

- Gestión de residuos:

Maneja adecuadamente los materiales y residuos radiactivos de acuerdo con las pautas y regulaciones locales. Evita la contaminación y asegúrate de que los desechos radiactivos se eliminen de manera segura.

- Comunicación:

Informa a los pacientes sobre los procedimientos radiológicos que van a recibir, los beneficios y riesgos asociados, y cómo se están tomando medidas para garantizar su seguridad.

- Actualización continua:

Mantente al día con los avances en tecnología y prácticas de protección radiológica. La radiología es un campo en constante evolución, y es importante mantenerse informado sobre las mejores prácticas actuales.

Recuerda que estas son medidas generales y que la protección radiológica puede variar según el tipo de procedimiento y el entorno de trabajo. Siempre sigue las pautas y regulaciones específicas de tu institución y área geográfica.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, las medidas básicas de protección radiológica emergen como una serie de principios fundamentales que revisten una importancia ineludible en el ámbito de la enfermería y la atención médica en general. Estas medidas, cuyo enfoque multidimensional abarca desde la distancia hasta la gestión de residuos,

convergen en un propósito central: salvaguardar la salud y bienestar tanto de los profesionales de enfermería como de los pacientes involucrados en procedimientos que emplean radiaciones ionizantes.

La prudente observancia de estas medidas se traduce en una optimización de la seguridad laboral y del cuidado al paciente. La noción de mantener distancia, por ejemplo, resalta la relevancia de minimizar la exposición al permanecer alejado de la fuente radiactiva tanto como sea posible. Por su parte, la premisa del tiempo, enfatiza la necesidad de limitar la duración de la exposición, mitigando así los potenciales efectos nocivos de la radiación. Asimismo, el empleo de elementos de blindaje, como delantales y protectores de plomo, desempeña un rol crucial en la reducción de la exposición a radiación dispersa, protegiendo tanto al personal de enfermería como a los pacientes.

Adicionalmente, el monitoreo personal mediante dosímetros contribuye a un seguimiento cuantificable de la exposición individual, asegurando que los niveles de radiación se mantengan dentro de límites aceptables. Es importante subrayar la necesidad de adherirse a las normas de seguridad y regulaciones pertinentes, lo cual implica una comprensión cabal de las directrices establecidas en cada entorno laboral. La educación y capacitación no solo potencian la adhesión a estas medidas, sino que también cultivan una conciencia más profunda de los riesgos y beneficios asociados con la radiación.

En paralelo, el respeto a los límites de dosis y la adecuada gestión de residuos radiactivos coadyuvan en la preservación de un entorno de trabajo y atención seguro y sostenible. La comunicación transparente con los pacientes, que abarca la explicación de los procedimientos radiológicos, sus implicaciones y las medidas de protección adoptadas, fomenta la confianza y la colaboración en la búsqueda de una atención integral y segura.

Por último, la necesidad de mantenerse actualizado en un campo en constante evolución se erige como un compromiso que trasciende la adquisición inicial de conocimientos y destrezas. La protección radiológica demanda una disposición continua a aprender y adaptarse a los avances tecnológicos y a las regulaciones cambiantes, garantizando así un estándar de atención en constante mejora.

En conjunto, estas medidas básicas de protección radiológica convergen en la creación de un ambiente de trabajo que valora la seguridad y el bienestar de todos los involucrados. El firme cumplimiento de estas prácticas refuerza el compromiso ético y profesional de los graduados en enfermería hacia la excelencia en el cuidado de los pacientes y la preservación de su propia salud.

6 Bibliografía

1. Radiología Esencial. Por René González.
2. Radiología para Técnicos: Física, Biología y Protección Radiológica. Por Stewart C. Bushong.
3. Protección Radiológica en el Servicio de Radiología: Manual para el Profesional de Enfermería. Por Pedro Javier Suárez Sarmiento.
4. Radioprotección en radiodiagnóstico: Guía práctica. Por Pilar García Pardal y María Soledad Pazos Hermida.

Capítulo 70

PAPEL DE LA ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA PROMOCIÓN DE LA NUTRICIÓN EN ADULTOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD

AINOA PEÑUELAS DE JULIÁN

ANDREA MURCIA VILLALBA

SARA BASCUÑANA NIETO

MARIA RUIZ HOLGADO

ANA CAROLINA SANPABLO CAMPOS

1 Introducción

En la actualidad, el sobrepeso y la obesidad representan uno de los desafíos de salud más apremiantes a nivel mundial. Estas condiciones no solo aumentan el riesgo de enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer, sino que también tienen un impacto significativo en la calidad de vida de las personas que las padecen. Ante esta problemática, la atención primaria de la salud se erige como un pilar fundamental para abordar la prevención y el manejo de la obesidad, y en este contexto, el papel de la enfermera cobra una relevancia particular.

La enfermera de atención primaria desempeña un rol esencial en la promoción de la nutrición adecuada en adultos con sobrepeso y obesidad. Su enfoque integral y centrado en el paciente permite abordar no solo los aspectos físicos de la salud, sino también los emocionales y conductuales que influyen en los hábitos alimenticios. Desde una perspectiva educativa, las enfermeras tienen la capacidad de proporcionar información precisa y comprensible sobre los principios de una dieta equilibrada, la importancia de las porciones adecuadas y cómo interpretar las etiquetas de los alimentos. Además, pueden ayudar a desmitificar conceptos erróneos relacionados con la alimentación y fomentar un enfoque basado en la evidencia científica.

La enfermera también actúa como un puente entre el paciente y otros profesionales de la salud, como dietistas o nutricionistas, colaborando en la elaboración de planes de alimentación personalizados y realistas. A través del establecimiento de metas alcanzables y el seguimiento continuo, las enfermeras brindan un apoyo constante que motiva a los pacientes a mantener sus esfuerzos en busca de una mejor salud.

Sin embargo, el papel de la enfermera en la promoción de la nutrición en adultos con sobrepeso y obesidad va más allá de la mera impartición de información. La enfermera también desempeña un papel fundamental en el aspecto emocional, ya que estas condiciones pueden estar asociadas con sentimientos de culpa, vergüenza y baja autoestima. Al establecer una relación de confianza y empatía con los pacientes, las enfermeras pueden ayudar a abordar estas preocupaciones, brindando un espacio seguro para discutir los desafíos emocionales que pueden surgir durante el proceso de cambio de hábitos.

La enfermera de atención primaria desempeña un papel multifacético y esencial en la promoción de la nutrición en adultos con sobrepeso y obesidad. A través de su enfoque integral, educativo y de apoyo emocional, las enfermeras contribuyen significativamente a la prevención, manejo y empoderamiento de las personas para lograr una mejor salud a través de hábitos alimenticios saludables. Su labor no solo tiene un impacto en la vida de los pacientes individuales, sino que también juega un rol crucial en la lucha contra la epidemia de sobrepeso y obesidad a nivel comunitario y global.

2 Objetivos

- Dar a conocer el papel de la enfermera de atención primaria en la promoción de la nutrición en adultos con sobrepeso y obesidad.

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

La enfermera de atención primaria desempeña un papel fundamental en la promoción de la nutrición en adultos con sobrepeso y obesidad. Su enfoque abarca la prevención, educación y apoyo para ayudar a los pacientes a adoptar hábitos alimentarios saludables y lograr un peso adecuado.

Los objetivos planteados son:

- Proporcionar a los pacientes información clara y basada en evidencia sobre los conceptos fundamentales de la nutrición, incluyendo la importancia de una dieta equilibrada, la selección de alimentos nutritivos y la comprensión de las etiquetas de los productos alimenticios.
- Evaluar los factores de riesgo individuales que contribuyen al sobrepeso y la obesidad, como el historial médico, los hábitos alimenticios actuales, el nivel de actividad física y las condiciones médicas preexistentes.
- Trabajar en colaboración con los pacientes para establecer metas realistas y alcanzables relacionadas con la pérdida de peso, la adopción de hábitos alimenticios saludables y la mejora general de la salud.

Aquí hay algunos aspectos clave de su papel:

1. Evaluación y diagnóstico:

La enfermera realiza una evaluación completa del paciente, incluyendo su historial médico, hábitos alimentarios, nivel de actividad física y factores psicosociales. Esto ayuda a comprender las causas subyacentes del sobrepeso u obesidad y a identificar las necesidades específicas del paciente.

2. Educación y asesoramiento:

Basándose en la evaluación, la enfermera proporciona información educativa sobre la importancia de una dieta equilibrada, el tamaño de las porciones, la selección de alimentos saludables y la lectura de etiquetas nutricionales. También puede ofrecer pautas para la planificación de comidas y consejos prácticos para superar obstáculos en la adopción de una alimentación saludable.

3. Establecimiento de metas realistas:

La enfermera trabaja con el paciente para establecer metas de pérdida de peso o mejora de la salud relacionadas con la nutrición. Estas metas deben ser específicas, alcanzables y adaptadas a las necesidades individuales del paciente.

4. Monitoreo y seguimiento:

A lo largo del proceso, la enfermera sigue de cerca el progreso del paciente, proporcionando apoyo continuo, celebrando los logros y ajustando las estrategias según sea necesario. Esto fomenta la responsabilidad y ayuda a mantener la motivación.

5. Trabajo en equipo interdisciplinario:

La enfermera colabora con otros profesionales de la salud, como dietistas, médicos y psicólogos, para brindar una atención integral al paciente. Esto permite abordar de manera más efectiva los aspectos médicos, nutricionales y emocionales del sobrepeso y la obesidad.

6. Promoción de cambios de comportamiento:

La enfermera utiliza enfoques de cambio de comportamiento para ayudar al paciente a identificar patrones no saludables y a desarrollar estrategias para modificarlos. Esto puede incluir técnicas de establecimiento de objetivos, seguimiento de hábitos y superación de desafíos.

7. Empoderamiento del paciente:

La enfermera empodera al paciente para que tome el control de su salud y bienestar. Ayuda al paciente a comprender cómo sus elecciones alimentarias afectan su salud y cómo pueden tomar decisiones informadas para lograr un estilo de vida más saludable.

8. Prevención de complicaciones:

La enfermera educa al paciente sobre los riesgos asociados con el sobrepeso y la obesidad, como la diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y trastornos metabólicos. Al brindar información sobre estos riesgos, motiva al paciente a comprometerse aún más con la adopción de hábitos alimentarios saludables.

En resumen, la enfermera de atención primaria juega un papel esencial en la promoción de la nutrición en adultos con sobrepeso y obesidad al brindar educación, apoyo emocional y estrategias prácticas para fomentar cambios de estilo de vida saludables.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se constata que el papel de la enfermera de atención primaria en la promoción de la nutrición en adultos con sobrepeso y obesidad es esencial para abordar uno de los desafíos de salud más apremiantes en

la sociedad actual. A través de la educación, la orientación y el apoyo continuo, las enfermeras pueden empoderar a los pacientes con las herramientas necesarias para realizar cambios positivos en sus hábitos alimentarios y estilo de vida. Al enfocarse en la educación sobre elecciones alimentarias saludables, la planificación de comidas equilibradas y la comprensión de las necesidades nutricionales individuales, las enfermeras pueden ayudar a los adultos con sobrepeso y obesidad a tomar el control de su salud.

Además, las enfermeras desempeñan un papel fundamental en la detección temprana de condiciones médicas relacionadas con el exceso de peso, lo que permite una intervención oportuna y una derivación adecuada a otros profesionales de la salud cuando sea necesario. Al establecer una relación de confianza y empatía con los pacientes, las enfermeras pueden ayudar a superar las barreras emocionales y conductuales que a menudo están asociadas con la pérdida de peso y la adopción de hábitos saludables.

En última instancia, la contribución de las enfermeras de atención primaria en la promoción de la nutrición en adultos con sobrepeso y obesidad no solo tiene el potencial de mejorar la salud física, sino también de impulsar la autoestima y la calidad de vida de los pacientes. Este enfoque integral refleja el compromiso de las enfermeras con el bienestar general de los individuos y la comunidad en su conjunto, creando un impacto positivo a largo plazo en la salud pública.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). Obesidad y sobrepeso.
2. Martínez, E., & Vázquez, L. (2015). El papel de la enfermería en el manejo de la obesidad. **Revista Española de Obesidad**, 13(1), 32-39.
3. García, A., & Rodríguez, C. (2017). Intervenciones de enfermería en la promoción de hábitos saludables en pacientes con sobrepeso. **Revista de Nutrición Clínica**, 10(2), 45-52.

Capítulo 71

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN DESNUTRICIÓN CRÓNICA

AINOA PEÑUELAS DE JULIÁN

ANDREA MURCIA VILLALBA

SARA BASCUÑANA NIETO

MARIA RUIZ HOLGADO

ANA CAROLINA SANPABLO CAMPOS

1 Introducción

El proceso de atención de enfermería es una metodología sistemática que los profesionales de enfermería utilizan para brindar cuidados individualizados y de calidad a los pacientes.

En el caso de la desnutrición crónica, esta metodología se aplica de manera específica para abordar las necesidades de las personas que sufren de este trastorno de salud.

La desnutrición crónica es una condición en la que el organismo no recibe los nutrientes necesarios de manera constante, lo que puede tener efectos negativos en el crecimiento, desarrollo y funcionamiento del individuo a lo largo del tiempo. El proceso de atención de enfermería en casos de desnutrición crónica consta de varias etapas interconectadas que guían al profesional de enfermería en la evaluación, planificación, implementación y evaluación de los cuidados necesarios.

En primer lugar, se realiza una valoración completa del paciente, que incluye la recopilación de información sobre su estado nutricional actual, antecedentes médicos, hábitos alimentarios, factores socioeconómicos y cualquier otra información relevante.

Basándose en los hallazgos de la valoración, se procede a la etapa de planificación, donde se establecen objetivos y metas específicas para abordar la desnutrición crónica. Esto implica la formulación de un plan de cuidados individualizado que puede incluir medidas como la promoción de una dieta equilibrada, la administración de suplementos nutricionales, la educación del paciente y su familia sobre hábitos alimentarios saludables, y la identificación y solución de barreras que dificulten el acceso a alimentos nutritivos.

Una vez que se ha establecido el plan de cuidados, se pasa a la etapa de implementación, donde se llevan a cabo las intervenciones definidas en la fase de planificación. Esto puede incluir la administración de medicamentos, la monitorización constante del estado nutricional del paciente, la colaboración con otros miembros del equipo de salud, y la adaptación del plan según las respuestas y necesidades cambiantes del paciente.

Finalmente, la fase de evaluación implica la revisión y análisis de los resultados obtenidos a partir de las intervenciones implementadas. Si los objetivos establecidos se han logrado, se puede considerar la posibilidad de dar por concluido el plan de cuidados específico para la desnutrición crónica. En caso contrario, se ajustarán las intervenciones según sea necesario para continuar trabajando hacia la mejora del estado nutricional del paciente.

2 Objetivos

- Exponer el proceso de atención de enfermería en desnutrición crónica.

3 Metodología

Se ha realizado una consulta de artículos en buscadores científicos Medlineplus y Scielo, utilizando palabras clave, como registro, recepción, tarjeta sanitaria.

Además, se ha llevado a cabo una búsqueda en bibliografía sistemática de libros.

Asimismo, este trabajo se ha nutrido de la propia experiencia profesional como enfermera en la atención primaria, basándonos en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal de los servicios de Salud.

4 Resultados

El proceso de atención de enfermería (PAE) es una metodología sistemática que los profesionales de enfermería utilizan para brindar cuidados de manera individualizada a los pacientes.

El objetivo principal de este PAE en casos de desnutrición es lograr una mejoría en el estado nutricional del paciente, asegurando que reciba los nutrientes esenciales para su crecimiento, desarrollo y funcionamiento adecuados.

Se presenta una descripción general de cómo podría llevarse a cabo el PAE en el caso de un paciente con desnutrición crónica:

1. Valoración:

- Recopilación de datos: Obtener información sobre la historia clínica del paciente, antecedentes médicos, alimentación habitual, síntomas relacionados con la desnutrición, entre otros.
- Evaluación del estado nutricional: Medir parámetros como el peso, la talla, el índice de masa corporal (IMC) y realizar análisis de laboratorio para evaluar los niveles de proteínas, vitaminas y minerales en sangre.

2. Diagnóstico de Enfermería:

- Diagnósticos potenciales: "Riesgo de desnutrición", "Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades corporales", "Autocontrol ineficaz de la nutrición", entre otros.
- Selección del diagnóstico: Basado en los datos recopilados durante la valoración.

3. Planificación:

- Establecimiento de objetivos: Definir metas específicas y realistas relacionadas con la mejora del estado nutricional del paciente.
- Intervenciones de enfermería: Diseñar estrategias para abordar las necesidades del paciente, como educación nutricional, supervisión de la ingesta de alimentos, colaboración con un dietista, entre otros.

4. Implementación:

- Poner en práctica las intervenciones: Brindar educación sobre hábitos alimenticios saludables, asistir al paciente con la ingesta de alimentos, monitorear la tolerancia a los alimentos y asegurarse de que se sigan las pautas dietéticas recomendadas.

5. Evaluación:

- Medir el progreso: Comparar los resultados obtenidos con los objetivos establecidos durante la planificación.
- Ajuste de intervenciones: Modificar las intervenciones según sea necesario para garantizar una mejora continua en el estado nutricional del paciente.

Es importante destacar que el PAE es un proceso dinámico y colaborativo que involucra al paciente, a su familia y al equipo de atención médica. Cada paciente es único, por lo que las intervenciones y los resultados pueden variar en función de las circunstancias individuales. En todo momento, se busca proporcionar una atención integral y personalizada para abordar las necesidades específicas de cada paciente con desnutrición crónica.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se constata que el proceso de atención de enfermería (PAE) en el contexto de la desnutrición crónica es una metodología fundamental que guía a los profesionales de enfermería en la provisión de cuidados altamente individualizados y efectivos para pacientes que enfrentan este desafío de salud. A través de sus etapas de valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación, el PAE se convierte en un enfoque estructurado que asegura una atención integral y coherente en la lucha contra la desnutrición crónica. En la valoración, se recopilan cuidadosamente datos relevantes sobre el paciente, incluyendo antecedentes médicos, historial de alimentación, síntomas asociados con la desnutrición y mediciones físicas como peso y talla. Además, los análisis de laboratorio proporcionan información esencial sobre los niveles de nutrientes en el cuerpo. Esta fase inicial establece las bases para comprender la magnitud y las causas subyacentes de la desnutrición.

En el diagnóstico, los profesionales de enfermería identifican y priorizan los problemas de salud específicos del paciente relacionados con la desnutrición crónica. Los diagnósticos de enfermería potenciales pueden incluir "Riesgo de desnutrición", "Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades corporales" o "Autocontrol ineficaz de la nutrición". La elección del diagnóstico se basa en la información recopilada durante la valoración y se adapta a las necesidades únicas del paciente.

La planificación involucra establecer objetivos realistas y alcanzables en colaboración con el paciente y su familia. Las intervenciones de enfermería se diseñan para abordar los diagnósticos identificados. Estas intervenciones pueden abarcar desde la educación sobre una dieta equilibrada y nutritiva, hasta la supervisión de la ingesta de alimentos, la colaboración con un dietista y la recomendación de suplementos nutricionales. Cada estrategia está diseñada para atender las necesidades específicas del paciente y mejorar su estado nutricional.

La implementación pone en práctica las intervenciones planificadas. Aquí, los profesionales de enfermería trabajan en estrecha colaboración con el paciente

para asegurarse de que comprenda y siga las recomendaciones dietéticas y los cambios en su estilo de vida. La monitorización constante es clave para ajustar las intervenciones según sea necesario y para evaluar la tolerancia del paciente a las modificaciones en su alimentación.

La fase de evaluación implica medir y comparar los resultados obtenidos con los objetivos establecidos al comienzo del proceso. Si los objetivos se están alcanzando, se continúa con las estrategias implementadas. Sin embargo, si los resultados no son satisfactorios, se pueden ajustar las intervenciones para abordar cualquier desafío que haya surgido.

En definitiva, el PAE en desnutrición crónica es un proceso continuo y adaptable que tiene como objetivo principal mejorar la salud nutricional del paciente, prevenir complicaciones y promover su bienestar general. La colaboración activa entre el paciente, su familia y el equipo de atención médica es esencial para lograr resultados óptimos. Al seguir este enfoque, los profesionales de enfermería pueden brindar cuidados de calidad y contribuir significativamente a la recuperación y el bienestar de los pacientes que padecen desnutrición crónica.

6 Bibliografía

1. Proceso de Enfermería: Aplicación del Proceso Enfermero. De Maritza Ramos López.
2. Enfermería Clínica: Cuidados Enfermeros a las Personas con Problemas de Salud. De Mercedes Hernández Pérez.

Capítulo 72

CASO CLÍNICO. CELULITIS INFECCIOSA

IRENE CAMACHO RODRIGUEZ

ANGELA NAZARET SEGOVIA RUBISCO

ANA ISABEL MOLINA MATITO

AMPARO GOMEZ ESPINOSA

VANESA LÓPEZ DEL PRADO PARDO

1 Introducción

La celulitis es una infección de la piel y del tejido subcutáneo que aparece de forma aguda, normalmente a causa de microorganismos patógenos. Suelen ser causadas por bacterias del tipo estreptococos beta-hemolíticos A. Estos microorganismos destruyen los componentes celulares que componen la barrera cutánea, extendiéndose de forma rápida y difusa y provocando una reacción inflamatoria, en un principio local y, si no se trata, sistémica.

Existen varios factores que pueden aumentar el riesgo de sufrir celulitis:

- Enfermedad vascular periférica.
- Heridas cutáneas con pérdida de la integridad cutánea, úlceras (por sobreinfección bacteriana).
- Mordeduras o picaduras de insectos (suelen estar provocadas por múltiples bacterias).

-Inmunosupresión (personas inmunodeprimidas pueden infectarse por microorganismos oportunistas).

Los síntomas más comunes y más importantes son: Dolor localizado, eritema, piel caliente y enrojecida, edema y vesículas o ampollas. Es fundamental que, si la celulitis aparece en miembros inferiores (es lo más común), se realice un diagnóstico diferencial con la trombosis venosa profunda, dado que los síntomas se pueden confundir.

El diagnóstico se realiza a través de la clínica. Se pueden realizar hemocultivos en pacientes inmunodeprimidos o que presenten signos de afectación sistémica, para descartar posible bacteriemia.

El tratamiento de la celulitis infecciosa se basa en la antibioterapia. El antibiótico a elegir dependerá de la existencia y ausencia y, en su caso, cantidad de exudado purulento. También se administra analgesia oral para un buen control del dolor.

2 Objetivos

El objetivo principal del presente capítulo es reconocer signos y síntomas de la celulitis infecciosa para una actuación rápida y evitar complicaciones.

Los objetivos secundarios son:

- Aplicar los conocimientos sobre la celulitis infecciosa en un caso práctico real.
- Conocer los cuidados de Enfermería.

3 Caso clínico

Paciente mujer de 28 años que sufre una picadura de avispa en el primer dedo del pie derecho en una piscina pública al aire libre. Inmediatamente, comienza a presentar signos y síntomas característicos de una reacción cutánea local. La paciente presenta dolor intenso y punzante en la zona, piel caliente, enrojecida y edematizada, y considerable inflamación local. Tras identificar dichos síntomas, solicita atención médica a los sanitarios de las instalaciones de la piscina, los cuales le aplican en la zona de la picadura amoníaco para el alivio sintomático e indican observación de cualquier complicación.

Pasadas unas horas y tras empeorar el dolor y la inflamación, que ya se extiende a todo el pie, la paciente acude a los servicios de urgencias del Punto de Atención Continuada. A su llegada, presenta dichos síntomas anteriormente descritos y

además varias vesículas de tamaño considerado llenas de líquido seroso. No presenta fiebre ni síntomas sugerentes de reacción sistémica.

Tras la anamnesis y exploración correspondiente, el facultativo indica el inicio de antibioterapia para el control de la infección, pauta de corticoides orales para reducir la inflamación y antihistamínicos para reducir el prurito.

Por parte de Enfermería, se realiza cura de las vesículas producidas por el líquido intersticial que genera el edema. Se rompen las ampollas con aguja estéril y se drenan, resultando gran cantidad de líquido seroso y transparente, no purulento. Tras el drenaje, se aplica antiséptico (povidona yodada) y se ocuyen con apósito. Se indican curas cada 48 horas o en caso de que el apósito se encuentre manchado o en mal estado. Se recomienda también elevar el miembro para reducir el edema y la inflamación local y evitar calzado cerrado o que roce o apriete la zona lesional.

4 Discusión-Conclusión

La paciente experimenta una clara mejoría sintomática, ya que en pocos días desaparecen progresivamente la inflamación y el enrojecimiento. Continúa sin presentar síntomas sistémicos y el edema se ve reducido en tan solo 3 días de tratamiento. Se completa ciclo de antibiótico en 10 días y se realizan curas domiciliarias por la propia paciente y familiares. La evolución de las vesículas es favorable, aunque lenta. Se realiza un drenaje adecuado y antisepsia para evitar sobreinfección y a los 6 días de la aparición de la reacción, las vesículas comienzan a resolverse (secado y cicatrizado). Tras completar antibioterapia y pauta descendente de corticoides, la infección es considerada resuelta.

Reconocer los signos y síntomas, así como los factores predisponentes y de riesgo que favorecen la aparición de la celulitis infecciosa es fundamental para un correcto abordaje desde el servicio de Urgencias, ya que es una patología recurrente y que, si no se trata de forma precoz, puede derivar en complicaciones, no solo a nivel local, sino también complicaciones sistémicas que pondrían en riesgo la vida del paciente.

5 Bibliografía

- Medline plus. Biblioteca Nacional de Medicina. Celulitis
- Manual MSD. University of British Columbia. Wingfield E. Rehmus

- Academia Española de Dermatología y Venereología. Actualización en el abordaje y manejo de celulitis. E. Ortiz-Lazoa, C. Arriagada-Egna, C. Poehlsb, M. Concha-Rogazy

Capítulo 73

INTERVENCIONES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LAS INTOXICACIONES TOXICOLÓGICAS

SARA PAJARON BUENACHE

PATRICIA MELERO ALEGRIA

DANIEL GARCÍA MARTÍNEZ

NOELIA CABEZA GARROTE

CARLA GEOVANNA LEVER

1 Introducción

Podemos describir las intoxicaciones toxicológicas en aquellos pacientes que manifiestan diferentes signos y síntomas que son producidos por una sustancia externa al organismo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) determina que es la quinta causa de muerte no intencionada.

Es importante que el profesional de enfermería observe los signos y síntomas, ya que pueden llegar a causar una parada cardiorrespiratoria.

El mayor número de víctimas a causa de las intoxicaciones son niños de 2 a 7 años. Esta ingesta es no intencionada, puesto que los niños a esta edad no son conscientes del daño que pueden sufrir. Por lo general son productos que se utilizan en el hogar.

Es fundamental que los niños siempre se encuentren bajo la supervisión de un adulto, además de que este tipo de productos no se encuentren a su alcance.

En la actualidad disponemos de una gran variedad de antidotos para determinados tóxicos.

Cuando nos encontramos ante una situación así, se debe de garantizar una asistencia rápida, óptima, de calidad, y sobre todo de trabajo en equipo.

La mayoría de los tóxicos que se ingieren se absorben muy rápido, es por ello que la asistencia en urgencias debe de ser lo más rápido posible, ya que nos encontramos ante una urgencia real.

2 Objetivos

- Dar a conocer e identificar cuáles son los tratamientos principales que se administran en caso de sufrir intoxicaciones toxicológicas en el servicio de urgencias.

3 Metodología

Para realizar este 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 referencia con las intoxicaciones.

4 Resultados

Este tipo de enfermedades en niños suele ser de carácter accidental. La mayor incidencia se da en niños menores de 8 años a causa de ingerir fármacos o productos tóxicos que se encuentren dentro de nuestro domicilio.

La tasa de mortalidad en estos casos es muy baja, aunque cabe destacar que la atención hospitalaria es elevada.

Lo más importante en estos casos es la prevención primaria por parte de los cuidadores principales, almacenando todos estos productos en un lugar fuera de su alcance para evitar que surja cualquier tipo de incidente.

En el caso del paciente adulto por intoxicación suele ser de carácter autolítico, es decir, es un acto premeditado.

En estos casos suele ser por la mezcla de diferentes fármacos o por el consumo de drogas.

Al conjunto de medidas e intervenciones que se realizan para disminuir la absorción de un tóxico ingerido se denomina descontaminación.

Para ello se utilizan diferentes procedimientos como pueden ser: lavado gástrico, administración de medicamentos eméticos y administración del carbón activado. Uno de los procedimientos que más se utilizan para poder eliminar este tipo de intoxicaciones es el lavado gástrico, su principal función es la de expulsar las sustancias tóxicas del organismo.

Para realizar este procedimiento utilizamos una sonda nasogástrica, que es introducida por la nariz o boca hasta el estómago, esto nos ayudará a poder aspirar todo el contenido gástrico.

El lavado gástrico es una técnica que se lleva desarrollando desde hace más de 200 años.

Se debe de realizar en un plazo inferior de 60 minutos desde la ingesta de los tóxicos, ya que este tipo de técnicas tienen efectos secundarios.

Además, se utiliza carbón activado que ayuda a reducir de manera considerable la absorción de medicamentos y otras sustancias.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se constata que la técnica que más se lleva a cabo en el proceso de intoxicaciones es el lavado gástrico. Esta técnica nos permite poder eliminar el contenido del estómago con la ayuda de una sonda nasogástrica que es introducida por la boca o nariz. Se resalta el uso de carbón activado para que el procedimiento sea más eficaz.

Se estima que la mayoría de intoxicaciones que se registran son de niños menores de 8 años, siendo en este caso de carácter accidental. Por eso es importante garantizar una buena prevención primaria, evitando que este tipo de productos se encuentren al alcance de los niños.

6 Bibliografía

1. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000718.htm>.
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8860707/>
<https://revistamedica.com/intoxicaciones-infantiles/>.

Capítulo 74

ERRORES DE MEDICACIÓN EN LA UNIDAD DE URGENCIAS POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO

BEATRIZ JUSTO SÁNCHEZ

ROCIO DIAZ GUZMAN

LUCÍA ESCRIBANO ESCRIBANO

MARIA ROSA MARTINEZ HARO

EVA MARÍA ÁLVAREZ CEVIDANES

1 Introducción

El personal sanitario en urgencias se encuentra frente a situaciones críticas que requieren tomar decisiones rápidas y precisas. Sin embargo, a pesar de su experiencia y dedicación, los errores son una realidad que puede dar lugar a consecuencias significativas para los pacientes.

Estos errores pueden estar relacionados con muchas causas, desde la presión por falta de tiempo y de recursos, hasta la comunicación deficiente y fatiga del personal sanitario.

Es importante reconocer y abordar estos errores para garantizar una atención de calidad y minimizar los riesgos que se puedan asociar a la atención en urgencias.

En esta revisión nos centraremos en los errores producidos en cuanto a la administración de medicación, lo cual es una parte primordial en el proceso de

recuperación de un paciente.

La enfermería tiene una labor muy importante en las etapas del proceso de medicación, ya que nos encargamos de la preparación, administración y registro de los medicamentos pautados, por lo que en este trabajo trataremos de estudiar cuáles son los errores más comúnmente cometidos en cuanto a la preparación y administración de medicación en la unidad de urgencias y que estrategias podemos usar para evitar estos errores y así poder ofrecer una atención más segura y efectiva.

2 Objetivos

- Conocer los errores de medicación más comúnmente producidos en urgencias por parte del personal sanitario.
- Identificar cuáles son las causas y consecuencias que propician que el personal sanitario pueda cometer errores en la administración de medicación.
- Explorar estrategias de prevención y mejora.

3 Metodología

Para elaborar el trabajo, he llevado a cabo una búsqueda bibliográfica a través de diferentes fuentes de búsqueda, las cuales han sido: Google académico, PubMed, Dialnet, SciElo, INE, OMS, ISMP y Science Direct.

Para mejorar mi búsqueda, me he ayudado de los operadores booleanos “AND”, “OR” y “NOT”

4 Resultados

— Conocer los errores de medicación más comúnmente producidos en urgencias por parte del personal sanitario.

Los errores en la medicación se definen como “Cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a un uso inapropiado de los medicamentos cuando estos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente”

Los servicios de urgencias presentan diferentes características que les convierten en áreas con un riesgo elevado de que se produzcan errores en cuanto a medicación, y de que estos causen efectos adversos en los pacientes.

Los errores se clasifican según su gravedad, en error potencial, cuando los incidentes tienen la capacidad de causar errores, error sin daño, error con daño, o error mortal.

En determinados estudios se han visto que los errores que más frecuentemente se producen en la administración de medicación son:

- Errores en la técnica de administración, por la vía equivocada, con una velocidad inadecuada, o en la forma de administración, por ejemplo, dar un determinado medicamento con alimentos cuando se debe dar en ayunas.
- Preparación errónea de la medicación.
- Medicamento deteriorado o caducado.
- Error por similitud en el nombre o en la apariencia de los medicamentos.
- Omisión o retraso.
- Dosis incorrecta, tanto por exceso como por defecto.
- Error en las horas de administración.
- Error en la prescripción.
- Medicamento no prescrito.
- Omisión de registro de la medicación.
- Forma farmacéutica equivocada, la cual no se revisa.
- El paciente no toma la medicación.
- Confusión en la identidad del paciente
- Identificar cuáles son las causas y consecuencias que propician que el personal sanitario pueda cometer errores en la administración de medicación.

Las causas de estos errores son multifactoriales. En los servicios de urgencias hospitalarios existe en muchas ocasiones una gran sobrecarga laboral debido a que hay numerosos ingresos de pacientes con una corta estancia.

En esta unidad es preciso usar muchos medicamentos, algunos de alto riesgo y con una gran variedad entre ellos, los cuales en muchas ocasiones deben ser administrados con rapidez.

Todo esto, junto con el entorno estresante que existe en la unidad, con una gran presión asistencial, interrupciones frecuentes, etc. da lugar a muchos factores que provocan errores en la medicación, los cuales son:

- Prescripción ilegible, muchas veces por la rapidez al escribirlo.
- Fallo en los registros, muchas veces no se registran o se da un registro preadministración, lo que lleva a errores si finalmente no se han administrado por otros motivos.
- Error en la manipulación de bombas de infusión
- Falta de identificación del paciente.
- No comprobar la caducidad.

- No comprobar las alergias del paciente antes de administrar el medicamento.
- Orden telefónica no confirmada por escrito.
- Falta de comunicación entre el personal.
- No comprobación de la medicación enviada por farmacia.
- No comprobación de adecuación de la medicación para el paciente.

Muchas veces también existe una falta de capacitación y disminución de personal con experiencia, en especial en periodos vacacionales. Esto sucede en todos los servicios, pero es especialmente notable en el servicio de urgencias, donde hay una gran cantidad de personal, y se debe actuar con rapidez en numerosas ocasiones. Sin embargo, a veces puede haber también un exceso de confianza del personal antiguo. Se ha demostrado en algunos estudios que la antigüedad en el servicio de urgencias no influye en el número de errores observados, ya que el personal con menos años de experiencia puede cometer errores por falta de experiencia, pero también el personal que lleva muchos años trabajados pueden cometer errores debido al exceso de confianza.

Como dato interesante, debemos añadir que la mayoría de los errores se ha visto que se producen en las horas más próximas al cambio de turno, cuando el personal se encuentra más fatigado.

Los errores en la administración de medicación pueden tener consecuencias muy graves, como mayor duración de la estancia en el hospital, intervenciones sanitarias adicionales, lesiones graves o incluso pueden llevar a la muerte.

A pesar de todos los errores que se pueden cometer, el número de errores declarados es mucho menor que el de los errores observados, esto se debe al temor a las represalias o las críticas.

— Explorar estrategias de prevención y mejora.

Se pueden seguir varias estrategias para la disminución de estos errores:

- Aumentar personal en la unidad si es preciso
- Establecer una lista de medicamentos críticos, donde es importante el tiempo de administración.
- Uso de medicamentos precargados listos para aplicar.
- Formación continua, capacitación de los profesionales, se debe instruir a los pacientes en estos temas para minimizar errores. Se debe conocer tanto la técnica como las interacciones con otros fármacos e incluso manejo temprano de efectos indeseados. Además, es bueno tener una base de conocimientos en matemáticas para realizar cálculos exactos de medicamentos.

- Se debe comprobar la identificación del paciente en el momento de administrar un medicamento, comprobando identificadores establecidos como la pulsera identificativa del paciente y preguntando directamente al paciente o en todo caso al familiar.
- Comprobar antecedentes de alergias o disponer de sistemas efectivos con alertas ante alergias y documentarlas en los informes de traslados.
- Uso de bombas de infusión inteligente, ya que llevan un software de prevención de errores, bibliotecas de medicamentos y límites de dosificación, por lo que emiten alertas cuando hay algún problema.
- Eliminar distracciones, en algunos centros han puesto en práctica lo que se llama “cabina estéril”, es decir, un lugar donde se eliminan distracciones durante la preparación de medicación. Sin embargo, las enfermeras están constantemente comunicadas con los pacientes, y el resto del equipo, por lo que también se pueden emplear carteles como “zona tranquila” o “Evitar molestar” para minimizar distracciones.
- No documentar la dosis antes de administrar el medicamento, ya que puede ser que posteriormente el paciente no quiera tomarlo, o que se le dé en un momento diferente por otros motivos.
- Los pacientes deben estar bien informados, sobre los efectos terapéuticos de los medicamentos y las reacciones adversas potenciales, para que así puedan avisar de forma precoz si sucede algún imprevisto.
- Participación activa del paciente, si es posible, para que pueda compartir toda información que pueda ser relevante
- Si se administran analgésicos, es importante valorar previamente el dolor, para no dar una dosis mayor.
- Estandarizar el método de dosificación de medicamentos I.v. Como la fenilefrina, midazolam o nitroglicerina puede minimizar errores.
- Sistema de doble verificación del paciente: Administración de medicación asistida por códigos de barras, en estos casos se escanea la pulsera de identificación del paciente y los códigos de medicación del paciente antes de administrar el medicamento, los cuales deben estar registrados en el sistema oportuno.
- No almacenar juntos medicamentos que estén en envases parecidos.
- Reducir el número de opciones de medicamentos, ya que cuanto mayor sean las opciones, mayor probabilidad hay de que ocurra un error.
- Informar de los errores ayuda a conocer los fallos que se producen en los procesos de medicación, para conocer cuáles son las causas de estos errores y elaborar procedimientos para evitar futuros fallos.

Es importante además conocer los medicamentos antidotos, debiendo estar fá-

cilmente localizables e identificados con claridad, para que no haya errores de selección.

5 Discusión-Conclusión

La unidad de urgencias, es un servicio en el cual entran muchos pacientes, y existe una gran cantidad de demanda asistencial, todo esto lleva a cierto estrés, y a la exigencia de rapidez de actuación en muchas ocasiones, lo que lleva a otros factores que conducen a que se produzcan errores en la administración de medicación.

El personal de enfermería es el encargado de la preparación y administración de medicación, y esto conlleva una gran responsabilidad, por lo tanto, es importante llevar a cabo estrategias que puedan prevenir estos errores en la medicación. Estas estrategias se basan en evitar la sobrecarga laboral, añadir estrategias de doble identificación del paciente, incluir dispositivos de seguridad como bombas de infusión o mejorar la identificación y preparación de algunos medicamentos a administrar.

6 Bibliografía

1. Macías Maroto, M., & Solís Carpintero, L. (2020). Errores en la administración de medicación en un servicio de urgencias: conocer para disminuir el riesgo. *Revista española de salud pública*, 92, e201806038. <https://www.scielo.org/article/resp/2018.v92/e201806038/>
2. Díez, C. P., Campaña, J. M. R., Castro, C. N., Paricio, F. A., Sazatornil, M. R. A., & Marco, J. B. P. (2017).
3. Errores de medicación en un servicio de urgencias hospitalario: estudio de situación para mejorar la seguridad de los pacientes. *Emergencias: revista de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias*, 29(6), 412–415. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6159453>
4. Poblete-Troncoso, M. del C., Miño-Gonzalez, C. G., Marchant-Fuentes, C., & Arancibia-Pacheco, M. T. (2020). Sobrecarga, equivocación, falta de capacitación: factores contribuyentes en errores de medicación en hospital público chileno. *Index de enfermería*, 29(3), 112–116. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962020000200003&script=sci_arttext
5. Franco da Silva, E., de Faveri, F., & Lorenzini, L. (2014). Errores de medicación en el ejercicio de la enfermería: una revisión integrativa. *En-*

fermería global, 13(34), 330–337. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412014000200016&script=sci_arttext

5. Menéndez, M. G. D., Álvarez, Y. G., & Candás, G. G. (s/f). Errores de medicación en el ejercicio de enfermería. Unirioja.es. Recuperado el 6 de septiembre de 2023, de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8043546.pdf>

6. Salvador P,R, Mesa C.I.C, Alexis R. A., Pacurucu-Ávila N. J., Efectividad de intervenciones de enfermería basada en protocolos de administración segura de medicamentos por vía venosa: Revisión sistemática. Recuperado el 6 de septiembre de 2023, de <https://www.redalyc.org/journal/559/55969712009/html/>

7. Ruby Z, Chu. Pasos sencillos para reducir los errores de medicación. Recuperado el 6 de septiembre de 2023, de <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-pasos-sencillos-reducir-errores-medicacion-S021253821730050X#:text=Los%20errores%20de%20medicaci%C3%B3n%20pueden%20tener%20consecuencias%20graves%20y%20costosas,graves%20o%20incluso%20la%20muerte>

8. ISMP España. (s/f). Ismp-espana.org. Recuperado el 6 de septiembre de 2023, de <http://www.ismp-espana.org/>

Capítulo 75

AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO EN URGENCIAS

BEATRIZ JUSTO SÁNCHEZ

ROCIO DIAZ GUZMAN

LUCÍA ESCRIBANO ESCRIBANO

MARIA ROSA MARTINEZ HARO

EVA MARÍA ÁLVAREZ CEVIDANES

1 Introducción

Las agresiones al personal sanitario en el entorno de urgencias son un problema creciente y preocupante en la sociedad actual. Estos profesionales de la salud, que trabajan incansablemente para brindar atención médica de calidad a quienes la necesitan en situaciones de emergencia, a menudo se enfrentan a situaciones de violencia física, verbal o psicológica por parte de pacientes, familiares o visitantes.

Esta problemática puede manifestarse de diversas formas, desde insultos y amenazas hasta agresiones físicas graves. Estos actos de violencia no solo ponen en riesgo la seguridad y el bienestar del personal sanitario, sino que también afectan negativamente la calidad de la atención médica que se proporciona en las salas de urgencias.

Las causas de estas agresiones son variadas y pueden incluir factores como el estrés, la frustración, la falta de comprensión de los pacientes o familiares so-

bre los procedimientos médicos, el abuso de sustancias y la agitación emocional en situaciones de crisis. Sin embargo, es fundamental abordar este problema de manera integral a través de la sensibilización, la prevención y la promoción de un entorno de trabajo seguro para el personal sanitario.

La protección del personal de urgencias y la concienciación pública sobre la importancia de respetar y apoyar a estos profesionales en su labor son aspectos clave para combatir este problema y garantizar que todos los pacientes reciban la atención que merecen en momentos críticos.

2 Objetivos

- Analizar el problema de las agresiones al personal sanitario.
- Identificar factores desencadenantes de las agresiones al personal sanitario en el servicio de urgencias.
- Evaluar el impacto en el personal sanitario.
- Examinar medidas de prevención y protección.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 profesionales en el ámbito sanitario son el principal activo del Sistema Nacional de Salud, no obstante, son un colectivo que sufre en muchas ocasiones agresiones en el ejercicio de su actividad profesional. Se dan situaciones violentas, que les ponen en riesgo y que pueden provocar efectos perjudiciales en la salud y en la seguridad de la persona afectada y del sistema sanitario. Por lo que es importante aplicar medidas preventivas y proporcionar protección a los profesionales sanitarios.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia en el lugar de trabajo como “todos aquellos incidentes en los que la persona es objeto de malos tratos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, in-

cluyendo el trayecto entre el domicilio y el trabajo, con la implicación que se amenace explícita o implícitamente su seguridad, su bienestar y su salud”

Según informes, se ha podido observar que la mayoría del personal sanitario afectado son mujeres y el rango de edad mayormente afectado se encuentra entre los 35-55 años.

Las agresiones notificadas por parte del personal sanitario son mayormente agresiones verbales, produciéndose amenazas e insultos. No obstante, no se deben dejar de considerar las agresiones físicas, ya que también se producen, dándose por ejemplo erosiones o contusiones.

Las agresiones verbales en muchas ocasiones no son denunciadas, sin embargo, provocan muchos sentimientos negativos en los profesionales sanitarios, llegando a provocar cambios en su manera de trabajar.

Muchas de las agresiones producidas se dan en las unidades de urgencia hospitalaria y extrahospitalaria, debido a las características tan específicas que tiene esta unidad.

Los profesionales deben conocer los factores que dan lugar a las agresiones para que así se puedan evitar.

En la unidad de urgencias se produce un gran número de agresiones debido a las características que posee este servicio, ya que las causas que más frecuentemente llevan a la violencia laboral en esta unidad son:

- Trabajo directamente con personas inestables, como es el caso de pacientes con crisis psiquiátricas o pacientes bajo la influencia del alcohol o drogas.
- Personal insuficiente.
- Largas esperas para recibir atención en el servicio.
- Salas de espera abarrotadas e incómodas.
- Falta de seguridad o seguridad inadecuada.
- Movimiento ilimitado del público, entran muchos pacientes desconocidos.
- Situaciones estresantes para pacientes y familiares, muchas veces provocadas por la incertidumbre y el miedo.
- Discrepancia en el tratamiento.
- Procesos culturales y de aprendizaje determinados.

Las personas que sufren violencia laboral pueden presentar sentimientos y sensaciones como estrés, temor, ansiedad, pérdida de confianza, rabia, humillación, tristeza, impotencia, desmotivación o hipervigilancia.

Los profesionales sanitarios que tienen antecedentes de haber sufrido agresiones, mantienen relaciones con los pacientes más distantes, o incluso realizan medicina

defensiva, por el miedo a que vuelva a ocurrir un suceso similar.

Además, si estas agresiones son graves o continuadas en el tiempo, pueden dar lugar a problemas psicológicos como estrés postraumático, o provocar efectos incapacitantes que impiden la actividad laboral o permanecer en el centro donde sucedió la agresión.

Estos sucesos, por otro lado, pueden desmoralizar al resto del personal, y provocar efectos colaterales como disminución del rendimiento laboral o aumento de las bajas laborales, lo que a su vez da lugar a efectos económicos perjudiciales.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN.

Las autoridades sanitarias tienen como prioridad ofrecer un servicio de calidad para todos los usuarios y que todo profesional sanitario pueda trabajar en las mejores condiciones laborales y con unos niveles adecuados de satisfacción, motivación y seguridad.

Los factores de riesgo se deben observar en cada unidad de urgencias, teniendo en cuenta las circunstancias de trabajo y los puntos débiles de cada lugar.

Es necesario desarrollar programas de salud y seguridad, que incluyan compromisos de gestión y participación de los trabajadores, para identificar el peligro y tratar de poner solución.

Algunos aspectos generales que pueden contribuir a la prevención de la violencia en los servicios de urgencia son:

- Incluir señales de alarma, emergencia y sistemas de supervisión.
- Detectores de metales para evitar que las personas puedan entrar armadas.
- Implantar dispositivos de seguridad como cámaras.
- Suficientes guardias de seguridad.
- Diseño de las áreas de espera cómodas donde se pueda asistir a pacientes y acompañantes.
- Diseñar el área de triaje de forma óptima para reducir el riesgo de agresiones.
- Impedir que se trabaje solo en cualquiera de las áreas.
- Reducir el tiempo de espera de los pacientes.
- Accesos controlados al hospital.
- Desarrollar sistemas de alerta para avisar al personal de seguridad cuando se sospechan situaciones de violencia.
- Formar a los trabajadores para reconocer y manejar las agresiones.
- Campañas de promoción de valores culturales que prevengan la violencia, y educación a la sociedad.

Los directivos además deben proporcionar atención y asesoramiento siempre que se agrede o amenace a algún trabajador.

5 Discusión-Conclusión

La violencia producida en los servicios de urgencias es una realidad, siendo las mujeres el colectivo más desfavorecido, ya sea porque existe una presencia mayor de mujeres en el ámbito sanitario o por temas culturales e históricos.

El tipo de agresión más habitual es la agresión verbal, no obstante también se producen agresiones físicas.

Todo esto produce sentimientos negativos como impotencia, humillación, rabia o indefensión, dando lugar a otros efectos negativos para las unidades de urgencias, y para el sistema sanitario en general, ya que puede dar lugar a desmotivación, peor rendimiento o bajas laborales.

A pesar de la cantidad de agresiones que se producen, solo un pequeño porcentaje de personas han denunciado alguna vez este tipo de agresiones.

Para poner solución a esto se deben implementar una serie de medidas, tales como el control de personas que acceden a la unidad, implementar medidas de seguridad como alarmas o avisos cuando hay sospecha de violencia, o aumentar el número de personal, tanto sanitario y de gestión para que se reduzcan los tiempos de espera y se puedan gestionar mejor, como también aumentar el número de personal de seguridad, sin que se comparta con otras unidades.

6 Bibliografía

1. Informe de agresiones a profesionales del sistema nacional de salud 2021. Ministerio de Sanidad;2021.Organización mundial de la salud.
2. Bangueses R.L, Vazquez Campo, L., Mouriño L.Y. Vivencias y percepción de los profesionales sanitarios de las urgencias extrahospitalarias ante las agresiones. Science DIRECT . 2020. Vol. 53:(1-7).
3. Bermejo M,P., Gutiérrez Vidal I, Fanlo Colas A., Carnicer Izaguerri M, Campayo L. B., Gil M. R. Prevención, manejo y afrontamiento de las agresiones al personal de enfermería en el servicio de urgencias hospitalarias. Plan estandarizado de cuidados [Internet]. RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [citado el 7 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/prevencion-manejo-y-afrontamiento-de-las-agresiones-al-personal-de-enfermeria-en-el-servicio-de-urgencias-hospitalarias-plan-estandarizado-de-cuidados/>
4. Miret, C. Martínez L. A, El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout [Internet]. Isciii.es. [citado el 7 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original19.pdf>

Capítulo 76

LA IMPORTANCIA DEL PAPEL QUE DESEMPEÑA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE SITUACIONES DE DESASTRE

JULIA LERIDA CAMUÑAS

FRANCISCO MAROTO ESTRADA

JAVIER MARTÍN MACÍAS

LAURA CAMACHO CUESTA

NATALIA MARTÍN MACÍAS

1 Introducción

Los desastres son situaciones críticas en las que una comunidad se ve gravemente afectada y se ve superada su capacidad para lidiar con la situación utilizando sus propios medios. Pueden ser:

- Naturales: como, por ejemplo, los huracanes, tsunamis, erupción de un volcán, lluvias torrenciales, epidemias...
- Humanos: como son las guerras, el terrorismo, incendios provocados...
- Tecnológicos: derrames químicos, accidentes nucleares...

Otra característica reseñable es que no podemos hacer nada para evitarlos ni para disminuir su intensidad, solo podemos actuar de manera preventiva si los medios

de monitoreo y vigilancia nos advierten del peligro.

Se producen grandes daños y las sociedades afectadas además de numerosas víctimas humanas tienen que hacer frente a pérdidas materiales y del medio que les rodea, lo que se traduce en grandes gastos económicos.

En una situación de desastre, la eficacia y eficiencia, de los equipos y las personas que intervienen en la respuesta es fundamental. No solo se trata de cómo cumplen con sus tareas, sino que cobra una importancia vital el facilitar que todos realicen sus labores de manera coordinada y estructurada.

El personal de enfermería juega un papel central en el desempeño de estas funciones. Va a estar implicado en las tres fases por las que pasa un desastre independientemente de la categoría a la que pertenezca.

PREDRESASTRE: Es una etapa muy importante, ya que, aquí es donde será posible minimizar los efectos sobre la población. Se deben conocer los protocolos y planes de actuación para ponerlos en marcha inmediatamente después de que el suceso ocurra. Además, destacar el papel tanto supervisores/as como directores/as que deben realizar sus labores de organización, coordinación y planificación.

TRANSDESASTRE: Es la etapa en la que el desastre sigue ocurriendo. La labor primordial es la de socorro y evaluación de los daños, con todos los recursos humanos y materiales de los que se dispongan.

POSTDESASTRE: Es la etapa más larga, el objetivo es llegar a una situación lo más similar posible a la que había anterior al desastre ocurrido.

2 Objetivos

- Destacar la importancia del papel que desarrolla la enfermería en situaciones de desastre.
- Promover la concienciación sobre la necesidad de crear planes de acción eficaces y eficientes y difundirlos ampliamente.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sobre los desastres naturales, humanos y tecnológicos, en relación con el papel que desarrolla la enfermería ante ellos. La búsqueda sistemática se ha realizado, principalmente, en bases de datos relacionadas con las Ciencias de la Salud,

tales como Pubmed (NCBI), Cochrane Library, Medes, BVS, Enfispo, Cuiden, Liliacs, ClinicalTrials.gov, ICTRP. La elección de las palabras claves para realizar la búsqueda bibliográfica se ha basado en la utilización de Mesh (Medical Subject Headings) y DeCS (Descriptores en Ciencias de la salud). Obteniéndose así: ‘desastre’, ‘protocolos’ y ‘enfermería’.

4 Resultados

De la revisión bibliográfica pudimos obtener que, aun no siendo ningún desastre igual a otro, ni conocer de manera exacta cómo va a ocurrir, es posible minimizar los daños mediante una actuación controlada y organizada.

Todo el personal sanitario es de gran ayuda en estas situaciones, pero nos vamos a centrar en el personal de enfermería, debido a sus conocimientos tanto teóricos como prácticos.

En la primera fase, será esencial programar acciones en las que se trabaje tanto dentro como fuera del hospital o del lugar de trabajo. Para ello, se estudiarán los protocolos del plan nacional de protección civil junto con los propios de cada unidad hospitalaria.

También se pondrán en marcha planes educativos por parte del Estado a todo el personal sanitario, para que cuenten con más información y por tanto estén mejor preparados. Después, los enfermeros y enfermeras formarán al resto de la población civil enseñando las mejores acciones de socorro y nociones básicas de primeros auxilios.

Deberán realizar una evaluación previa para obtener una respuesta adecuada ante el peligro inminente. Se realizan simulacros, para evaluar tiempo y calidad de respuesta y, para conocer los puntos débiles de los protocolos y poder actualizarlos. Además de existir una coordinación con el resto del personal tiene que haberla con los cuerpos de seguridad del Estado.

Ordenar los botiquines de primeros auxilios destinados a ser utilizados en la zona afectada por el desastre, realizando inspecciones regulares para verificar la vigencia de los medicamentos y la esterilidad del equipo médico.

En la segunda etapa se realizarán labores de evaluación de daños: determinar el área dañada, cuantificar víctimas. etc. Se intentará cubrir las necesidades básicas, así como: el abastecimiento de agua potable y alimentos, alojamiento de las vic-

timas que hayan perdido sus hogares, proporcionar los recursos necesarios para mantener la higiene, etc.

Otra de las funciones más importantes en esta etapa es la del triaje prehospitalario, que es un proceso de evaluación y clasificación de pacientes que se realiza en el lugar del incidente antes de que sean transportados a un centro médico. El objetivo principal es priorizar las víctimas más afectadas, determinando la gravedad de las lesiones o enfermedades que tengan. Se obtiene cuatro categorías:

Prioridad 1, rojo o crítico.

Prioridad 2, amarillo o urgente.

Prioridad 3, verde o menos urgente.

Prioridad 4, negro o fallecido.

En la tercera etapa, destaca el personal de enfermería implicado en salud pública. Todo el esfuerzo irá destinado a que las personas recuperen su forma de vida tan pronto como sea posible, por esto las actividades enfermeras irán encaminadas a la rehabilitación. Se tratarán las lesiones y enfermedades provocadas por el desastre.

Debemos recalcar la labor de los profesionales especializados en salud mental en esta fase. Las víctimas han pasado por un proceso traumático y pueden estar en estado de shock. Algunas desarrollarán trastornos de ansiedad y estrés postraumático.

Para finalizar, se ejecutarán planes de evaluación y valoración para encontrar los fallos que se hayan podido producir y rectificarlos en futuras ocasiones.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el personal de enfermería juega un papel crucial en la respuesta a desastres, independientemente de su origen y en cualquiera de las tres fases anteriormente mencionadas. Su preparación, coordinación y capacidad para proporcionar atención médica efectiva son fundamentales para minimizar los efectos devastadores de los desastres en la población.

La revisión bibliográfica proporciona una base sólida para comprender la impor-

tancia de la enfermería en situaciones de desastre y destaca la necesidad de planes de acción eficientes y eficaces. Además, enfatiza la importancia de la formación continua y la colaboración interdisciplinaria para garantizar una respuesta adecuada en momentos de crisis.

Por último, se resalta la importancia de la evaluación y la mejora constante de los protocolos para enfrentar desafíos futuros de manera más efectiva.

6 Bibliografía

1. Quiroz Vasquez L, Laura Quiroz Vasquez L. Participación del personal de enfermería ante un desastre [Internet]. Medigraphic.com. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/urgencia/aur-2013/aur133a.pdf>
2. TRABAJO FIN DE MÁSTER EN ANÁLISIS Y GESTIÓN DE EMERGENCIA Y DESASTRES. Papel del personal de Enfermería en situaciones de desastre [Internet]. Uniovi.es. Disponible en: https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/17315/TFM_Lida%20Freire.pdf;jsessionid=35869DA8E6015797D4A81AAEB8EBDAB1?sequence=6
3. IMPORTANCIA DE LOS ENFERMEROS EN LOS DESASTRES NATURALES. Siicsalud.com. [citado el 5 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.siicsalud.com/des/insiiccompleto.php/6991>
León Arone B, Yllesca Brañez KW.
4. Respuesta a desastres naturales y medidas de prevención de enfermería del servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki - Chanchamayo 2020. 2020. Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/5557>

Capítulo 77

EL TRIAJE EN LAS URGENCIAS Y EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN ESTE PROCESO

JAVIER MARTÍN MACÍAS

FRANCISCO MAROTO ESTRADA

NATALIA MARTÍN MACÍAS

JULIA LERIDA CAMUÑAS

LAURA CAMACHO CUESTA

1 Introducción

La Enfermería ha avanzado con paso firme y decisión en los últimos 30 años para convertirse en una disciplina científica propia, capacitada para elaborar y poner a prueba sus propias bases teóricas, y promover el desarrollo académico de los enfermeros.

La preparación y capacitación en conocimientos, métodos y prácticas de diversos campos de la salud fomenta la mejor instrucción y desarrollo de capacidades del profesional, dando como resultado una atención eficaz y de calidad al paciente.

Numerosos estudios relacionados con el papel de la Enfermería en el triaje concluyen que un profesional de la Enfermería tiene los conocimientos necesarios y suficientes para desempeñar una buena labor en el triaje.

El término triaje nace en Francia Durante la Segunda Guerra Mundial, derivado de la palabra trier en francés, cuyo significado podría definirse como seleccionar, escoger, elegir o clasificar. En el origen mismo de la palabra, el triaje hacía referencia al lugar en el que los heridos se ubicaban para obtener atención médica. Mediante el triaje, se conseguía clasificar a los heridos en función del grado de gravedad que presentaban y su pronóstico.

La primera referencia histórica al triaje como proceso la encontramos en Francia en 1792, durante las guerras Napoleónicas, donde se observó la necesidad de organizar a los heridos para priorizar la atención médica a aquellos que más la necesitaban, aunque el primer método de clasificación con criterios fue obra del cirujano ruso Nikolai Pirogov durante la Guerra de Crimea, dividiendo la atención en urgente, no urgente y diferida.

En la actualidad, la labor del profesional de Enfermería en el triaje consiste en clasificar a los enfermos en función de la patología o problema que presenten antes de que se les proporcione atención sanitaria.

La clasificación de los pacientes se realiza de acuerdo con criterios de clasificación en función de la gravedad y la evolución de los mismos, diferenciando las urgencias reales de aquellas menos graves, para que todos puedan recibir una atención médica lo antes posible y garantizando un servicio de calidad y eficaz.

2 Objetivos

Describir en qué consiste el triaje como proceso y los criterios de clasificación a tener en cuenta para su correcto funcionamiento.

Mostrar el papel que desempeña el profesional de Enfermería durante el proceso de Triage y demostrar la importancia que tiene.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, consistiendo en la recopilación de información ya existente sobre un tema en concreto, pudiendo obtener dicha información de diferentes fuentes tales como revistas especializadas, libros, artículos científicos o trabajos académicos.

La información se ha obtenido principalmente de artículos científicos extraídos

de diferentes buscadores bibliográficos enfocados en el mundo sanitario; Pubmed, Medline, Cochrane y Science Direct.

Las palabras claves usadas para la búsqueda de artículos han sido “triaje” “enfermería” “urgencias”.

4 Resultados

Como hemos visto anteriormente, el sistema de triaje es una herramienta considerablemente reciente que ha servido de gran utilidad y se ha integrado firmemente como un pilar fundamental de los servicios de Urgencias en los centros hospitalarios.

El proceso de triar consiste en una entrevista cuya duración no debe ser superior a diez minutos desde que el paciente llega al puesto de triaje. Además, es fundamental que, durante este proceso, el profesional de Enfermería tenga contacto visual con el paciente.

Actualmente existen tres tipos diferentes de triaje:

- Triage estructurado: se realiza usando escalas que han de ser válidas, reproducibles y, sobre todo, relevantes.
- Triage avanzado: consiste en un triaje estructurado en el que se considera la opción, usando protocolos específicos, de llevar a cabo pruebas complementarias, como radiologías o analíticas.
- Triage multidisciplinar: en este caso el proceso de triaje se efectúa, como mínimo, mediante la colaboración entre un médico y una enfermera, aunque también puede involucrar a personal administrativo y auxiliar de salud. Durante este proceso, se llevará a cabo una valoración inicial, acompañada de otras pruebas básicas como analíticas o radiologías simples.

En cuanto a la clasificación de los pacientes, la clasificación más usada es la usada por el Colegio Americano de Cirujanos, dividiendo en cinco categorías el triaje en función de la prioridad que requiera la atención del paciente:

- Prioridad I (Triage Rojo): incluye a pacientes críticos con posibilidades de recuperación inmediata y que requieren atención urgente con los recursos disponibles.

- Prioridad II (Triage Amarillo): pacientes críticos, pero cuyo tratamiento puede ser pospuesto temporalmente sin poner en riesgo sus vidas.
- Prioridad III (Triage Negro): pacientes en estado pre-mortem o con lesiones tan graves que resultan irrecuperables, requiriendo atención de confort y cuidados paliativos.
- Prioridad IV (Triage Verde): pacientes con lesiones menores o no críticas, cuyo tratamiento puede aplazarse para una atención posterior.
- Prioridad V (Triage Blanco): se refiere a los cadáveres.

En cuanto al rol de la Enfermería en el triaje, cabe destacar que, tanto la recepción como la atención inicial y la percepción del estado del paciente en su ingreso dependen de la actuación del profesional de Enfermería.

Para ello, es fundamental que el profesional a cargo de esta tarea cumpla unos requisitos y tenga una formación, experiencia y competencias determinadas. Algunos de dichos requisitos que debe poseer el profesional de Enfermería en triaje son:

- Contar con conocimientos sobre la toma de decisiones, los cuales pueden adquirirse a través de cursos de formación específicamente diseñados para el servicio de urgencias y proporcionados por el propio hospital.
- Antes de asumir la responsabilidad de la jerarquización de necesidades o el triaje, es necesario acumular experiencia en Enfermería de Urgencias durante un período mínimo de 6 a 12 meses.
- Poseer capacidad de comunicación, esencial para que el proceso funcione de manera fluida y efectiva.
- Contar con habilidad para mantener la calma en situaciones de alta tensión y seguir tomando decisiones adecuadas es fundamental.
- Poseer habilidades de liderazgo y tener la capacidad de resolver problemas y sintetizar información de manera efectiva para desempeñar esta función.

5 Discusión-Conclusión

El término "triaje" también puede definirse como RAC: Recepción, Acogida y Clasificación, aunque el término más ampliamente aceptado es "triaje".

El uso de escalas de triaje estructurado se basa en el principio fundamental de que "lo urgente no siempre implica gravedad, y lo grave no siempre implica urgencia". Esto permite la clasificación de los pacientes según su nivel de urgencia, de modo que aquellos que requieren atención más inmediata son atendidos primero, mientras que los demás son reevaluados antes de ser vistos por un médico.

En los hospitales, se ha vuelto cada vez más común la implementación de sistemas de triaje realizados por enfermeras, especialmente el sistema MAT, conocido en España como SET. Diversas asociaciones científicas, como la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), o la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE) recomiendan que esta función sea desempeñada por el personal de enfermería.

Es por ello que se puede confirmar que la Enfermería tiene un papel fundamental en el proceso de triaje debido a que es el primer contacto del paciente con el Sistema de Salud, y se puede concluir que este proceso llevado a cabo por un profesional de Enfermería es totalmente seguro y eficiente.

6 Bibliografía

- Sociedad Española de Medicina de urgencias y emergencias. Recomendaciones sobre el triaje. Disponible en: http://semes.org/sites/default/files/Recomendaciones_sobre_el_triaje.pdf
- González EM, Gutiérrez A, Molina L, Otero M, Posa V. Pasado, presente y futuro. Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias. Barcelona: Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona; 2008.
- Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Anales Sist Sanit Navarra*. 2010; 33(Supl 1):55-68
- Gómez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias*.

2003;15(1):165-74.

Capítulo 78

EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL CUIDADO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS QUE RECIBEN QUIMIOTERAPIA

SARA PAJARON BUENACHE

PATRICIA MELERO ALEGRIA

DANIEL GARCÍA MARTÍNEZ

NOELIA CABEZA GARROTE

CARLA GEOVANNA LEVER

1 Introducción

Entendemos por cáncer aquella enfermedad que se caracteriza por el desarrollo desproporcionado de células anómalas que se dividen descontroladamente afectando a las células y tejidos sanos, se caracteriza por tener la capacidad de propagarse por todo el cuerpo.

En la actualidad el cáncer es la segunda causa de muerte a nivel mundial, aunque gracias a los avances tecnológicos la tasa de supervivencia va en aumento.

Existen diferentes tipos de cáncer y este se puede desarrollar en cualquier parte del cuerpo, recibiendo un nombre en concreto dependiendo en la zona que se origina.

Podemos clasificarlos en dos categorías principales:

Cáncer de tumor sólido: estos son los que se originan y desarrollan en cualquier parte del cuerpo. Entre ellos los que más incidencia tienen en la población son: cáncer de próstata, de pulmón, de mama y de colón.

Cáncer hematológico: Son aquellos que afectan al sistema sanguíneo, entre ellos podemos destacar el linfoma, leucemia y mieloma múltiple.

Un tumor es una masa que crece de manera descontrolada, pueden ser de dos tipos: benignos y malignos.

La diferencia entre ellos es que los tumores malignos tienen la habilidad para dispersarse por el resto del cuerpo, mientras que los benignos se encuentran en una zona localizada y concreta.

2 Objetivos

Conocer e identificar cuáles son las principales intervenciones y cuidados que reciben los pacientes con cáncer que están sometidos a un tratamiento de quimioterapia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una consistente revisión bibliográfica utilizando las bases de datos más importantes: Scielo, Medline, Pubmed, Google Scholar.

También se ha consultado la literatura científico sanitaria existente en referencia con los cuidados de pacientes con cáncer.

4 Resultados

Los pacientes que son diagnosticados de cáncer pueden someterse a diferentes tratamientos dependiendo del grado en el que se encuentre y la zona a tratar.

Uno de los tratamientos que más se utiliza junto con otros fármacos es la quimioterapia.

La quimioterapia se administra intravenosa o por vía oral.

Este fármaco se utiliza principalmente para evitar que las células cancerígenas se reproduzcan y se dividan.

Los cuidados que ofrecen los profesionales de enfermería en los pacientes que reciben el tratamiento de quimioterapia se centra principalmente en los efectos

secundarios que son originados por el tratamiento.

El dolor es un síntoma muy común que manifiestan estos pacientes, se administrarán medicamentos según las necesidades de cada paciente.

Algunos de los efectos secundarios más comunes pueden ser vómitos, náuseas, fatiga y debilidad. Los profesionales de enfermería utilizarán sus recursos para minimizar el impacto.

Los pacientes que reciben quimioterapia están expuestos a contraer infecciones, ya que su sistema inmunológico se encuentra más susceptible, se deberán de seguir todos los protocolos de asepsia que están establecidos para proteger a estos pacientes.

Tanto el diagnóstico como el tratamiento de esta enfermedad puede causar estrés tanto para los pacientes como a sus familiares. Los enfermeros brindarán apoyo emocional, escuchando y atendiendo a las necesidades de los mismos siempre que sea posible.

Se informará al paciente cuáles son los cuidados que debe de realizar en casa y se le enseñará la técnica adecuada para realizar los mismos.

El estado nutricional también es un factor importante para estos pacientes y para su recuperación, se le proporcionará la dieta adecuada dependiendo de las necesidades de cada uno.

El profesional de enfermería fomentará el autocuidado y la independencia del paciente administrándole todos los recursos e información que necesiten para realizar las técnicas correctamente.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer es una de las enfermedades que más prevalencia tiene en nuestra población, si bien es cierto que la supervivencia de los mismos va en aumento gracias a los avances tecnológicos.

Uno de los tratamientos más utilizados para esta enfermedad es la quimioterapia, consiste en un conjunto de medicamentos que combinados entre sí consiguen minimizar el tumor y reducir las células cancerígenas.

Como todos los medicamentos y tratamientos, también nos enfrentamos a efectos secundarios posteriores a la administración del mismo.

El profesional de enfermería tendrá un papel fundamental, para ayudar a paliar y combatir estos efectos que se desencadenan y a dar una buena asistencia para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/efectos-secundarios-quimioterapia-radioterapia/>

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002324.htm>

<http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=s>

Capítulo 79

ACTUACIÓN DE LAS ENFERMERAS EN TRIAGE ANTE UN ICTUS

ALBA SÁNCHEZ EXPÓSITO

1 Introducción

El ictus también conocido por accidente cerebrovascular, es una isquemia en el cerebro en la que se produce de forma brusca una interrupción del flujo sanguíneo produciendo daños en distintas zonas del área cerebral (1).

Las causas son debidas o bien, a un taponamiento por un coágulo que impide el paso de la sangre o por una hemorragia en el cerebro (1).

Un porcentaje elevado del 88% de esta afección son ictus isquémicos, en los que se produce una anulación del flujo sanguíneo al cerebro y el 12% se denominan ictus hemorrágicos en los que se produce la afección a consecuencia de una hemorragia (1).

El único tratamiento aprobado es la terapia trombolítica endovenosa en los ictus isquémicos. Aun así, el tratamiento más importante sigue siendo la detección temprana para que el tratamiento sea efectivo (1).

El accidente cerebrovascular puede causar diversos síntomas como “debilidad, parálisis, alteraciones sensoriales, deterioro del control postural, fatiga mental, depresión y deterioro de la función cognitiva” (2).

Existen distintos factores de riesgo que pueden conducir al accidente cerebrovascular. Estos factores de riesgo se dividen en dos grupos que son los factores de riesgo tradicionales incluyendo en este grupo la hipertensión, diabetes mellitus, dislipidemia y fibrilación auricular (3).

Por otra parte, se encuentran los factores de riesgo asociados a los hábitos de vida que son el tabaquismo, consumo de alcohol, la dieta, ejercicio físico y obesidad (3).

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Poner de manifiesto la importancia de la enfermería en triaje.

Objetivo secundario:

- Revisar los síntomas presentes para que se produzca la activación del código 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

Todas las urgencias deben pasar antes por triaje tanto si se encuentran en el Hospital como si se encuentran fuera de éste. Esto es función de enfermería, donde se valora la urgencia estadiificada en distintos colores, donde el color rojo es de atención inmediata y el en color azul la atención se puede demorar hasta 4 horas.

En caso de estar presenciando un ictus con distintos síntomas que aprecia el personal de enfermería, en triaje se valorará esta urgencia mayoritariamente con un punto rojo si el ictus es grave.

En cuanto a la activación del código ictus prehospitalario y hospitalario las etapas que se deben seguir son las siguientes (4):

- 1) Primero se pasa por triaje al paciente, en el que se clasifica la urgencia que presenta el éste a través de colores, siendo el color rojo el más grave y donde se necesita asistencia inmediata y el color azul el más leve donde la asistencia se puede demorar. Este procedimiento es llevado a cabo por el personal de enfermería.

2) Anamnesis de inicio, donde se pregunta al paciente por toda la aparición de los síntomas que aparecen en el ictus, cuando han comenzado, si se aliviaban con alguna posición, si eran constantes, etc.

3) El médico pregunta a la persona afectada o a los familiares si éste no pudiera contestar la medicación que toma el paciente, si ha tenido ictus previos u otras enfermedades que resulten de interés y la valoración funcional de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

4) En la exploración el personal de enfermería tomaría los signos vitales, realizaría electrocardiograma por orden del médico, control de glucemia y la exploración neurológica estaría a cargo del médico donde él mismo valoraría la escala de Glasgow, valoración del lenguaje, pares craneales, fuerza y sensibilidad, signos meníngeos, alteraciones cerebelosas, desviación oculocefálica, etc.

En la introducción se han mencionado algunos de los síntomas, presentes en pacientes que están presentando un ictus. Ahora bien, para activar el código ictus se deben presentar cinco síntomas de los siguientes (3,4):

- Confusión brusca y repentina.

- Entorpecimiento en el lenguaje y por ello dificultad para entender a la persona afectada.

- Adormecimiento abrupto o parálisis facial, brazo o pierna.

- Problemas en la visión para visualizar con uno o los dos ojos.

- Mareos, problemas para caminar y mantener el equilibrio o coordinación.

- Cefalea intensa sin causa conocida.

El código ictus se define como "serie de procedimientos basados en el reconocimiento precoz de signos/síntomas de un ictus". (3,4).

Los pasos a seguir para una rápida activación del código ictus son guardar siempre la calma, trasladar al paciente lo más rápido posible a un hospital sino se encuentra en éste y avisar al especialista de neurología, acceder a la tomografía axial computarizada (TAC) craneal o Resonancia Magnética y tener acceso a todos los centros especializados al que se pudiera derivar el paciente que presenta el ictus (4).

5 Discusión-Conclusión

Existen dos tipos de ictus, el ictus isquémico donde deja de llegar sangre al cerebro y se produce una isquemia en el área o áreas del cerebro donde no llega la sangre y, el ictus hemorrágico, donde se produce una hemorragia en el cerebro. Se deben tener en cuenta distintos síntomas para detectar un accidente cerebrovascular de forma rápida. La rapidez en detectarlo podrá salvar o no la vida del paciente y la intensidad de las secuelas posteriores.

Una vez detectado el ictus se programa la Activación del Código Ictus, que consiste en llevar a cabo un procedimiento bien estructurado comenzando por el triaje donde el personal de enfermería prioriza el tipo de urgencia del paciente y continuando con la anamnesis, valoración y pruebas complementarias que realiza el médico.

Es crucial que todo el proceso se realice con rapidez para intentar salvar la vida del paciente.

6 Bibliografía

1. Zhelev Z, Walker G, Henschke N, Fridhandler J, Yip S. Prehospital stroke scales as screening tools for early identification of stroke and transient ischemic attack. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Apr 9;4(4):CD011427. doi: 10.1002/14651858.CD011427.pub2. PMID: 30964558; PMCID: PMC6455894. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6455894/>.
2. Xie Q, Pei J, Gou L, Zhang Y, Zhong J, Su Y, Wang X, Ma L, Dou X. Risk factors for fear of falling in stroke patients: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2022 Jun 30;12(6):e056340. doi: 10.1136/bmjopen-2021-056340. PMID: 35772831; PMCID: PMC9247667. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9247667/>.
3. Aoki J, Uchino K. Treatment of risk factors to prevent stroke. *Neurotherapeutics*. 2011 Jul;8(3):463-74. doi: 10.1007/s13311-011-0054-0. PMID: 21713592; PMCID: PMC3250272. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3250272/>.
4. Jorquera Zuara S. ACTUACIÓN ANTE EL CÓDIGO ICTUS. ACTUACIÓN ANTE EL CÓDIGO ICTUS [Internet]. 2022 [citado el 19 de agosto de 2023];123(123):1-123. Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/51/actuacion-ante-el-codigo-ictus>.

Capítulo 80

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON GANGRENA DE FOURNIER

SARA PAJARON BUENACHE

PATRICIA MELERO ALEGRIA

DANIEL GARCÍA MARTÍNEZ

NOELIA CABEZA GARROTE

CARLA GEOVANNA LEVER

1 Introducción

La gangrena de Fournier podemos definirla por ser una fascitis de tipo necrosante que se origina en el área genital afectando el periné y/o escroto, se caracteriza por su rápida progresión, es de origen polimicrobiana, combinando bacterias aerobias y anaerobias, que actúan de manera sinérgica y provocan una importante destrucción a nivel tisular, la bacteria más frecuente es *Escherichia coli*.

Los principales síntomas que se manifiestan es dolor intenso en la zona del periné. El dolor va acompañado de fiebre. En la exploración se puede observar que la zona se encuentra inflamada. Además va acompañado de taquicardia, tensión baja y un olor de carácter fétido que es muy característico de esta enfermedad.

Para poder diagnosticar esta enfermedad se deben de realizar pruebas diagnósticas como son las radiografías y Tomografía computarizada. Una vez que ten-

emos el diagnóstico es importante que se realice una intervención quirúrgica para limpiar la zona afectada y evitar que se extienda.

Existen algunos factores de riesgo que favorecen la aparición de sufrir gangrena de Fournier, estos son: sepsis, VIH, falta de higiene, infección del tracto urinario, obesidad mórbida, diabetes.

También se conoce relación con el alcoholismo, hipertensión, cirrosis y abuso de drogas.

Esta enfermedad presenta una incidencia muy baja, afecta principalmente a hombres de edades 50-70 años.

2 Objetivos

Conocer e identificar cuáles son los tratamientos más eficaces para tratar la gangrena de Fournier así como la correcta asepsia que se debe de tener con este tipo de pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una revisión bibliografía utilizando las bases de datos más importantes: Pubmed, Scielo, Medline, Google Scholar.

También se ha consultado la literatura científico sanitaria existente en referencia con la gangrena de Fournier.

4 Resultados

El tratamiento que se realiza con la enfermedad de gangrena de Fournier principalmente es la hemodinámica del paciente, priorizando estabilizar la tensión arterial, además de iniciar antibioterapia.

De manera inmediata se someterá al paciente a una intervención quirúrgica, se realizará bajo anestesia general y servirá para poder limpiar toda la zona afectada. También existe un tratamiento eficaz que reduce considerablemente la mortalidad esto consiste en la administración de oxígeno hiperbárico.

En las cámaras de oxigenoterapia hiperbárica, la presión se eleva entre 2 y 3 veces más que la presión normal del aire. En estas condiciones los pulmones albergan más oxígeno. Esto favorece a combatir las bacterias, además de estimular la lib-

eración de células madre que ayudan a la cicatrización de las heridas y favorecen su crecimiento.

Para poder iniciar con la reconstrucción de la zona, primero se debe de estabilizar al paciente así como sus factores de riesgo asociados.

El pronóstico de estos pacientes puede depender de diferentes factores, estos comprenden:

Dependiendo del tiempo en el que se tarde en diagnosticar, ya que cuanto más tardío sea el diagnóstico más se extenderá la enfermedad.

El tipo de enfermedades asociadas que padezca el paciente, ya que éstas empeoran el pronóstico.

Otro factor de riesgo importante es la edad, ya que es directamente proporcional que a mayor edad mayor mortalidad existe en este tipo de pacientes.

Debemos de tener en cuenta que la principal bacteria que produce la gangrena de Fournier es la *Escherichia coli*1, esta bacteria se propaga de manera muy rápida, su contagio se da cuando no se realiza una buena higiene, su contagio principal es de contacto.

Es importante que a la hora de manipular a este tipo de pacientes se extremen las precauciones, para proteger al paciente y a nosotros mismos, ya que deberemos de proteger aquellas zonas sanas para evitar que se extienda más rápidamente.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar en el presente trabajo de investigación la gangrena de Fournier es una enfermedad causada por bacterias tanto aerobias como anaerobias, representándose como una fascitis necrosante que afecta principalmente a la región perineogenital.

Es una enfermedad que presenta una incidencia baja pero su tasa de mortalidad es muy elevada.

La incidencia es mayor en varones de edades comprendidas desde los 50 años hasta hasta los 80.

Existen factores de riesgo que hacen que esta enfermedad se desarrolle con más facilidad, estos pueden ser: hipertensión, diabetes, alcoholismo, pacientes inmunodeprimidos.

El tratamiento que se debe de realizar de manera precoz para limpiar y proteger la zona es la intervención quirúrgica.

6 Bibliografía

1. <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/gangrena-fournier>.
2. <https://scielo.isciii.es/scielo.php?gangrena-fournier>.
3. <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-gangrena-fournier>.
4. <https://revistamedica.com/gangrena-fournier-revision-bibliografica/#::text=La%20gangrena%20de%20Fournier>.
5. <https://www.saludsavia.com/contenidos-salud/enfermedades/gangrena-de-fournier>.
6. <https://www.tuasaude.com/es/gangrena-de-fournier/>.

Capítulo 81

EL USO DE LA VÍA INTRAÓSEA FRENTE A LA VÍA INTRAVENOSA EN LAS URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS POR PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

NOELIA GONZÁLEZ GARCÍA DE MATEOS

EVA ALONSO MORALES

MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ ORTEGA

NOELIA VARGAS MUÑOZ

ANA SÁNCHEZ ROSILLO

1 Introducción

La utilización de la vía intraósea se ha extendido al ámbito extrahospitalario debido a la facilidad y rapidez de uso para acceder al paquete vascular en cuestión de segundos. Esta vía es utilizada cuando en el intento de coger una vía endovenosa se sobrepasa un minuto de tiempo o tres intentos fallidos de la misma y hay que infundir fármacos de manera urgente y vital (1).

Su uso sobre todo se extiende a la reanimación cardiopulmonar a nivel extrahospitalario, pero existen muchos otros casos en los que la infusión de líquidos

y fluidos también es urgente como pudieran ser grandes quemados que debido al edema sería casi imposible conseguir un acceso venoso o en pacientes o politraumatizados entre otros (2).

Esta vía se puede utilizar tanto en niños como en adultos, aunque su uso es más habitual en niños (3). Aunque es una técnica sencilla y cada vez más extendida todavía no existe el conocimiento adecuado por parte de todos los profesionales de enfermería (4).

La administración de fármacos por esta vía no puede sobrepasar las 24 horas, por lo que una vez el paciente esté estabilizado procederemos a la canalización de una vía venosa periférica. La razón es que pasadas estas horas el riesgo de complicaciones es mayor (5).

Este dispositivo se inserta en sitios diferentes dependiendo de la edad del paciente: en niños mayores de 6 años o adultos con más de 40kg, la primera elección será la tibia distal (1-2cm por encima del maléolo interno) y en niños menores a 6 años, el lugar de elección será la tibia proximal (1-3 cm por debajo de la tuberosidad tibial) (6).

2 Objetivos

OBJETIVO PRINCIPAL

Conocer el manejo del dispositivo intraóseo para su utilización en la parada cardiorrespiratoria en las urgencias extrahospitalarias.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Describir las estructuras anatómicas permitidas para la inserción de este tipo de catéter.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos biomédicas: PUBMED y GOOGLE ACADÉMICO y en la revista médica ELSEVIER.

Se ha utilizado el tesoro MeSH (Medical Subjects Headings) y los operadores booleanos AND y NOT.

Criterios de inclusión

- Estudios realizados en los últimos 10 años publicados en español o en inglés.
- Estudios realizados en el ambiente extrahospitalario.

Criterios de exclusión

- Libros.
- Estudios realizados en el ambiente hospitalario.

4 Resultados

Tras revisar las distintas bases de datos biomédicas y revistas electrónicas, así como la aplicación de los criterios de inclusión, los estudios analizados determinaron que, este dispositivo es cada vez más utilizado por los profesionales sanitarios en las urgencias y emergencias extrahospitalarias para el manejo del paro cardíaco. Una de las ventajas más importantes de este dispositivo es la rapidez para su inserción correcta, así como la seguridad de que esté en el sitio adecuado, ya que el margen de error es mínimo.

Este dispositivo no se podría utilizar en pacientes que tuvieran en la zona de inserción:

- Infección local u osteomielitis.
- Huesos fracturados.
- Prótesis quirúrgicas.
- Quemaduras profundas con tejido necrótico, entre otras.

El uso de este debe ser limitado a estas situaciones y por el menor tiempo posible ya que no está exento de complicaciones, las más importantes son la infección, extravasación del líquido infundido y sepsis, entre otras.

Existen diferentes tipos de colocación del dispositivo:

- MANUAL, la aguja más utilizada es la tipo Cook, que es una aguja con manubrio, manguito y aletas.
- DISPARO, con la pistola de infusión intraósea o Bone Injection Gun (BIG).
- TALADRO RECARGABLE EZ-IO, es el más utilizado. La aguja siempre será de 15G y su calibre depende de si se utiliza en adultos, esta será de 25mm, si fueran pacientes obesos será de 45mm y en niños, que esta será de 25mm.

La infusión de líquidos que se consigue mediante este dispositivo dependiendo del lugar de inserción son:

- Húmero: entre 84-153ml/min.
- Tibia: entre 73-165ml/min.

A través de esta vía se puede infundir lo mismo que por vía intravenosa. La dosis será la misma que se administraría por vía endovenosa, la única diferencia es

que posterior a su administración tendremos que empujar con 5-10ml de SF para asegurarnos de que esta llegue a la circulación sistémica.

5 Discusión-Conclusión

A las conclusiones que llegamos respecto a este tipo de dispositivo, son las siguientes:

- Es cada vez más utilizado para la infusión de fármacos y fluidos en las emergencias extrahospitalarias, sobre todo en el paro cardíaco, ya que esta es una situación en la que no podemos perder un segundo para la infusión de estos, y la vía intraósea destaca por ser rápida y segura.
- Los profesionales de enfermería, todavía deben formarse más en la materia, ya que todavía no está muy en auge o no todo el mundo conoce su técnica.
- Aunque es segura, no está exenta de complicaciones. Pero, ninguna técnica está exenta de complicaciones y en este caso las ventajas son mucho mayores que los inconvenientes que se podrían ocasionar.

6 Bibliografía

1. Martínez Tapia A. Comparación de la vía intraósea e intravenosa en la parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria. ¿Debería la enfermería de emergencias considerar la vía intraósea como primera opción en los pacientes adultos? Conocimiento Enfermero. 2019; 2(3):26-39. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8043534>.
2. Cuadrado Cuaresma M. Uso de la vía intraósea en las emergencias extrahospitalarias. Revisión bibliográfica. 2017. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/28487>.
3. Petitpas F, Guenezan J, Vendevre T, Scepti M, Oriot D, Mimos O. Use of intraosseous access in adults: a systematic review. Crit Care. 2016;20:102. Disponible en: <https://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4831096/>.
4. Feinstein BA, Stubbs BA, Rea T, Kudenchuk PJ. Intraosseus compared to intravenous drug resuscitation in out-of-hospital cardiac arrest. Resuscitation. Agosto 2017;117:91-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28629995>.
5. Dornhofer P, Kellar JZ. Intraosseus Vascular Access. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554373>.
6. Manrique Martínez I, Pons Morales S, Casal Angulo C, García Aracil N, Elena Castejón de la Encina, M. Accesos intraóseos: revisión y

manejo. An Pediatr Contin. 1 de Mayo de 2013;11(3):167-73. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-accesos-intraoseos-revision-manejo-S1696281813701343>.

Capítulo 82

TÉCNICA ECOGUIADA FRENTE A PUNCIÓN CIEGA EN LA COLOCACIÓN DEL CATÉTER PICC EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POR PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

NOELIA GONZÁLEZ GARCÍA DE MATEOS

1 Introducción

En las unidades de cuidados intensivos de pacientes adultos uno de los catéteres más utilizados para la administración de medicación endovenosa y el control de los signos vitales es el catéter central de inserción periférica (PICC). Este catéter permite utilizar fármacos con osmolaridades superiores a 600 mOsm/L, con pH superiores a 9 e inferiores a 5 así como la administración de nutriciones parenterales, algo de vital importancia en estos pacientes ya que requieren de fármacos de uso poco habitual como podría ser en una planta de hospitalización, así como el control exhaustivo de las constantes vitales, ya que se trata de pacientes en estado crítico (1).

Se trata de un catéter no tunelizado de acceso periférico pero considerado como vía central, ya que este queda localizado en aurícula derecha a través de la vena cava superior (2). Este se puede insertar bien por técnica eco-guiada por ultrasonidos o por punción ciega mediante palpación directa (3).

Su inserción resulta de una de las técnicas más seguras a realizar en el paciente crítico si esta se realiza con las medidas de asepsia y seguridad pertinentes (4). Aun así, no está exenta de complicaciones pudiendo ser estas la mala colocación de la punta del catéter así como la infección de la misma o trombosis venosa profunda, pero existe menor incidencia que con el catéter venoso central (4). El catéter puede ser de silicona, siendo este menos trombogénico y de larga duración o de poliuretano de tercera o cuarta generación, este material es más trombogénico y su duración es media (5). Este suele ser de calibres entre 3 y 6 Fr y con una longitud de entre 50-60cm (6).

2 Objetivos

Conocer las ventajas de la técnica ecoguiada frente a la punción ciega en la colocación del catéter PICC en la unidad de cuidados intensivos (UCI) por profesionales de enfermería.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos biomédicas: PUBMED y GOOGLE ACADÉMICO.

Se ha utilizado el tesauro MeSH (Medical Subjects Headings) y los operadores booleanos AND y NOT.

Los artículos incluidos se han seleccionados a través de la estrategia de búsqueda: ('Catheterization Peripneral' AND 'Critical Care') AND 'Nursing'; 'Catéter central de inserción periférica' AND 'Técnica de punción ciega vs ultrasonidos':

Criterios de inclusión

- Estudios realizados en los últimos 10 años, publicados en español y en inglés.
- Pacientes con cáncer.

Criterios de exclusión

- Libros.
- Términos 'pediatrics' y 'neonatal'.

4 Resultados

Tras revisar las distintas bases de datos biomédicas y aplicarse los criterios de inclusión y exclusión antes mencionados, los estudios analizados determinan:

- Que la técnica más segura de inserción del catéter PICC es la ecoguiada por ultrasonidos, ya que esta produce menor número de complicaciones.
- La técnica por punción ciega provoca mayor número de casos de pacientes con flebitis, trombosis venosa profunda (TVP) e infección.
- La tasa de éxito es mayor con la técnica ecoguiada por ultrasonidos que mediante punción ciega.
- La mayor parte de catéteres que se implantan son de silicona, aunque su duración es menor, este es menos trombogénico.

En cuanto a las técnicas de comprobación del catéter, los diferentes estudios hablan de: ecocardiografía transtorácica y transesofágica, técnica radiológica, electrocardiografía intracavitaria y fluoroscopia. La técnica por excelencia es la ecocardiografía transtorácica, pero es demasiado cara e invasiva, por lo que se suele optar por la electrocardiografía intracavitaria, ya que este es muy preciso. En ella se pueden ver las variaciones de la onda P dependiendo de donde se encuentre la punta del catéter. Siempre se finalizará la comprobación con la técnica radiológica.

Como complicaciones a la hora de la inserción del catéter, podemos encontrarnos con: hemorragias, arritmias por un mal posicionamiento, dolor local si no hemos anestesiado lo suficiente o lesión nerviosa irreversible, siendo esta evitable si utilizamos de forma correcta el ecógrafo.

Por último, destacar que todos los estudios están de acuerdo en que esta técnica es muy sencilla y segura pero que el personal de enfermería debe conocerlo a la perfección ya que si no se realiza bien la técnica tanto con el método por punción ciega como guiado por ultrasonidos las complicaciones en el paciente pueden ser irreversibles e incluso provocar la muerte del paciente.

5 Discusión-Conclusión

En cuanto a las conclusiones diremos que, la técnica que utilizemos para la inserción del catéter PICC es muy importante, ya que las repercusiones posteriores podrían ocasionar más problemas de salud al paciente, así como mayor gasto al sistema sanitario y frustración de los propios profesionales de enfermería.

Es por ello, que es de vital importancia, formarse bien en el manejo de este tipo de catéter y de las diferentes técnicas de inserción, poniendo énfasis en la técnica por punción ecoguiada por ultrasonidos, ya que ha demostrado ser la más beneficiosa para el paciente.

Así como, ser conocedores de las complicaciones que pudieran aparecer y como resolverlas, así como prevenirlas para una mayor satisfacción y éxito tanto en el paciente como en nosotros mismos.

6 Bibliografía

1. Deza SD, Navarro IC, Simón LJ, Rubio VH, Blasco LM, Alvero MBD. Canalización y cuidados de enfermería de un catéter central de inserción periférica (PICC) en el paciente crítico en UCI. *Revista Sanitaria de Investigación*. 2021;2(8 (Edición Agosto)):48. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8074636>.
2. Martyak M, Kabir I, Britt R. Inpatient Peripherally Inserted Central Venous Catheter Complications: Should Peripherally Inserted Central Catheter Lines Be Placed in the Intensive Care Unit Setting? *Am Surg*. 1 de agosto de 2017;83(8):925-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28822403/>.
3. Nebril Pérez A. Catéter central de inserción periférica vs reservorio subcutáneo: bacteriemia asociada al catéter en pacientes oncológicos. 2022; Disponible en: <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/32345>.
4. Duwadi S, Zhao Q, Budal BS. Peripherally inserted central catheters in critically ill patients - complications and its prevention: A review. *Int J Nurs Sci*. 10 de enero de 2019;6(1):99-105. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31406874/>.
5. Montealegre Sanz M, Montealegre Sanz M. La ecografía como método complementario para la implantación del catéter venoso central de inserción periférica (PICC). Universidad Complutense de Madrid; 2017. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/49810/>.
6. Acosta GH. El catéter central de inserción periférica (PICC). Características y manejo por enfermería. *SANUM*. octubre de 2017;3-8. Disponible en: https://www.revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v1_n3_a5.pdf.

Capítulo 83

CONTROL DEL DOLOR AGUDO ASOCIADO A CIRUGÍA ABDOMINAL. EVALUACIÓN ENFERMERA DEL DOLOR POSTQUIRÚRGICO.

ANA SÁNCHEZ ROSILLO

EVA ALONSO MORALES

MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ ORTEGA

NOELIA GONZÁLEZ GARCÍA DE MATEOS

NOELIA VARGAS MUÑOZ

1 Introducción

El dolor agudo producido tras un daño en los tejidos a causa de una cirugía es una de las principales complicaciones postquirúrgicas del paciente intervenido. Complicación que ha de resolverse en los días posteriores a la intervención hasta un máximo de 3 meses, donde pasaríamos a considerar el dolor como crónico. El grado de dolor es subjetivo para cada paciente, además de que va a depender también del tipo de cirugía aplicada. Durante años, la cirugía abdominal ha sido generalmente una cirugía abierta, pero en las últimas dos décadas muchas de estas intervenciones han pasado a ser laparoscópicas, lo que conlleva una reducción significativa del dolor postquirúrgico.

Vemos asociación entre los pacientes con dolor muy elevado y morbilidad, además de una peor recuperación que, en definitiva, va a reducir su calidad de vida. Por tanto, es fundamental el manejo óptimo del dolor usando los analgésicos necesarios, adecuándolos siempre a sus características y percepciones individuales.

Para poder alcanzar este adecuado control del dolor debemos aplicar una correcta evaluación por parte del personal de enfermería, que utilizará diferentes protocolos y métodos como la escala visual analógica (EVA) para su medición, y así poder adecuar las demandas de analgesia de cada paciente. Por tanto, en un marco donde el manejo dolor postquirúrgico es importante para la calidad de vida de los pacientes, nos lleva a la pregunta de si se está controlado correctamente el dolor agudo tras una cirugía abdominal.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer si el dolor percibido por el paciente tras una cirugía abdominal es adecuadamente controlado.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando como base de datos PubMed. Como criterios de inclusión, se han recopilado artículos en inglés publicados en un rango de 5 años, hasta el 8 de septiembre de 2023, que contuvieran los descriptores seleccionados (postsurgical pain; postoperative pain; management; abdominal surgery; nurse; nursing).

4 Resultados

Una de las estrategias centrales seguidas en los últimos tiempos para el manejo del dolor es la combinación del uso de analgesia epidural (para cirugías mayores abiertas normalmente), con antiinflamatorios no esteroideos (AINE)

En el estudio de Pirie K et al. nos reflejan diferentes tipos de analgesia, intra y postoperatorias, dependiendo del tipo de cirugía y su localización que mejoran en manejo del dolor postquirúrgico. Por ejemplo, el uso de la epidural en una gastrectomía reduce el dolor significativamente en las primeras 24 h, siendo también reseñable hasta las 72 h, así como la reducción del uso posterior de opioides, el

tiempo de movilización del paciente, el íleo paralítico y complicaciones respiratorias. Por otro lado, el uso de epidural versus morfina intravenosa en la gastrectomía laparoscópica reduce el tiempo hasta que se restaura la función intestinal, también reduce el consumo de opioides posterior y mejora significativamente el control del dolor con respecto al uso de morfina intravenosa. En ambos tipos de cirugía, sin embargo, el uso de un tratamiento más efectivo que otros para reducir el dolor no ha implicado una reducción de la estancia hospitalaria.

Gan TJ demuestra que los pacientes posquirúrgicos han reportado dolor aun después de la administración de analgesia, y refleja un mal control del mismo incluso tras cirugías menores como apendicectomías, colecistectomías y otros procedimientos laparoscópicos. En las primeras 24 h, hay pacientes que refieren dolor moderado (30%) y severo (11%). Y demuestra que los diferentes niveles de dolor varían en función de la analgesia utilizada. Por ejemplo, los pacientes portadores de analgesia epidural obtienen mejor control del dolor que los que reciben analgesia por la vía intramuscular.

Además, la enfermería debe proporcionar el manejo óptimo del dolor, observando signos y síntomas que alteren su control. Sin embargo, no se han encontrado estudios que valoren la eficacia de la aplicación de protocolos y escalas para el manejo del dolor postquirúrgico por parte del personal de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

Debemos abordar el manejo del dolor desde un nivel biopsicosocial, ya que las diferentes características de cada persona para enfrentar el dolor postoperatorio confluyen en variados grados en la escala de dolor, así como su respuesta a los diferentes analgésicos. Sin embargo, un estudio de los analizados demuestra que el dolor postoperatorio no es manejado adecuadamente en una parte significativa de pacientes, y se asocia con varias consecuencias negativas, tales como el incremento de morbilidad, desarrollo de dolor crónico, uso prolongado de opioides, mayores costes y en definitiva una peor calidad de vida.

Sí se han visto relevancia en la elección adecuada de analgesia para cada tipo de intervención abdominal con el fin de controlar mejor el dolor postoperatorio, aunque no interfiere en la reducción de días de hospitalización.

Por otro lado, se ha querido comprobar la correcta evaluación y manejo del dolor por parte del personal de enfermería, pero no ha sido posible por la falta de estudios en este ámbito.

Dadas las conclusiones obtenidas, creemos que es importante mejorar el control del dolor postoperatorio tras una cirugía abdominal, ya que no es concebible

que un alto porcentaje de pacientes sienta dolor moderado y severo durante las primeras 24 h. En este proceso la enfermería debe establecer un plan de cuidados eficaz para su manejo. Vista la falta de resultados en este sentido, creemos importante que se siga investigando en la implicación enfermera para la correcta evaluación y aplicación de tratamiento con tal de evitar altos grados de dolor y, en definitiva, para mejorar la calidad de vida de los usuarios.

6 Bibliografía

1. Small C, Laycock H. Acute postoperative pain management. *Br J Surg.* 2020 Jan;107(2):e70-e80
2. Pontone S, Lauriola M. Editorial: Pain management in abdominal surgery. *Front Surg.* 2023 Mar 20;10:1175543.
3. Hemmerling TM. Pain management in abdominal surgery. *Langenbecks Arch Surg.* 2018 Nov;403(7):791-803.
4. Pirie K, Traer E, Finniss D, et al. Current approaches to acute postoperative pain management after major abdominal surgery: a narrative review and future directions. *Br J Anaesth.* 2022 Sep;129(3):378-393.
5. Gan TJ. Poorly controlled postoperative pain: prevalence, consequences, and prevention. *J Pain Res.* 2017 Sep 25;10:2287-2298.

Capítulo 84

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UNA URGENCIA PSIQUIÁTRICA: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MARÍA DOLORES GALLEGO ROSA

CORAL GARCÍA GUIJARRO

TAMARA CABAÑERO CONTRERAS

GONZALO ALARCÓN CARRERES

MARÍA ÁNGELES MIÑANO ORTEGA

1 Introducción

Las enfermedades de salud mental son uno de los problemas de salud a los que los profesionales se enfrentan a diario y su incidencia crece de forma significativa hasta la actualidad.

Según los Datos ofrecidos por la OMS, en el mundo, los problemas de salud mental serán la principal causa de discapacidad en el mundo en 2030. El 12,5% de todos los problemas de salud está representado por los trastornos mentales, una cifra mayor a la del cáncer y los problemas cardiovasculares(1).

Se predice que 1 de cada 4 personas tendrán un trastorno mental a lo largo de su vida, y un 1% de la población mundial desarrollará alguna forma de esquizofrenia

a lo largo de su vida. El 50% de los problemas de salud mental en adultos comienzan antes de los 14 años, y el 75% antes de los 18. Entre el 35% y el 50% de los pacientes no reciben ningún tratamiento o no es el adecuado. 450 millones de personas en todo el mundo se ven afectadas por un problema de salud mental que dificulta gravemente su vida, de los cuales, 300 millones viven con una depresión, un problema de salud mental que ha aumentado un 18,4% entre 2005 y 2015. Cerca de 800.000 personas se suicidan cada año, siendo la segunda causa de muerte en personas de 15 a 29 años(1).

En España, 1 de cada 4 personas tiene o tendrá algún problema de salud mental a lo largo de su vida. El 6,7% de la población de España está afectada por la ansiedad, exactamente la misma cifra de personas con depresión. En ambas es más del doble en mujeres (9,2%) que en hombres, que supone un 4%(1).

Entre 2,5% y el 3% de la población adulta tiene un trastorno mental grave. Esto supone más de un millón de personas. 7,3 millones, casi la mitad de los y las jóvenes españoles de entre 15 y 29 años (48,9%) considera que ha tenido algún problema de salud mental. (II Barómetro Juvenil de Salud y Bienestar de la FAD (año 2019). El 9% de la población tiene algún tipo de problema de salud mental y el 25% lo tendrá en algún momento a lo largo de su vida, según la OMS. El 88% de las labores de atención y apoyo las realizan personas cuidadoras informales (familia, amigos/as, etc.). Más de la mitad de las personas con trastorno mental que necesitan tratamiento no lo reciben, y un porcentaje significativo no recibe el adecuado(1).

Existe un miedo injustificado, tanto por la sociedad como por el personal sanitario hacia el paciente psiquiátrico, que motiva en ciertas ocasiones a la segregación injustificada de estos pacientes, haciendo en ocasiones que un paciente en seguimiento por los servicios de salud mental que acuda a urgencias por un proceso febril sea ingresado en la planta de salud mental sin estar justificado dicho ingreso (Paredero et al., 2009) Este miedo injustificado ha conllevado un abuso de la contención mecánica y debemos de restringir esta herramienta a aquellos casos en los que sea indispensable (Seone, Alava, Blanco, y Díaz, 2005)(2).

Se hace necesaria una valoración del paciente de calidad por parte del personal de enfermería, ya que de ella surgirán las diferentes intervenciones a realizar sobre nuestro paciente, así como datos importantes que serán de utilidad para el equipo de salud mental (Fornés, 2001)(2).

2 Objetivos

- Describir las actuaciones de enfermería ante una urgencia psiquiátrica
- Conocer los principales problemas de salud mental que afectan a la población
- Averiguar los objetivos específicos de enfermería ante un paciente con enfermedad mental que precisa de atención urgente

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha 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, Cochrane, Scielo y Google Scholar, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas y utilizando los descriptores MeSH y DeCS.

4 Resultados

Para poder actuar correctamente ante un caso de agitación de origen psiquiátrico, se deberá primero realizar un diagnóstico diferencial, y así poder diferenciar dicha agitación de una enfermedad de origen orgánico.

A continuación, se describen sus diferencias(3).

AGITACIÓN PSIQUIÁTRICA

- Discurso incoherente/ fuga de ideas/verborrea/ tono elevado
- Agresividad/ hostilidad/ alteración de la afectividad
- Disforia o euforia
- Alucinaciones auditivas/ trastornos delirantes/ manía
- Conciencia clara
- Antecedentes psiquiátricos

AGITACIÓN ORGÁNICA

- Discurso incoherente
- Inquietud/actitud exigente
- Humor lábil o fluctuante
- Alucinaciones visuales
- Alteración de la conciencia

- Fiebre/alteración neurológica

Las principales causas de origen orgánico que provocan una agitación psicomotriz son(3):

- Trastornos endocrino-metabólicos: hipoglucemia/ hiperglucemia, acidosis, insuficiencia suprarrenal aguda, hipoxia/ hipercapnia, etc.
- Enfermedades neurológicas: tumores, meningitis/ encefalitis, accidente cerebrovascular, etc.
- Fármacos y tóxicos: abuso de sustancias, síndromes de abstinencia, psicofármacos, corticoides, etc.

La secuencia de actuación a seguir ante un paciente agitado sigue una jerarquía de pasos, los cuales se describen a continuación:

Los pacientes psiquiátricos serán atendidos previamente por el personal médico y de enfermería de urgencias, los cuales valorarán si el cuadro puede deberse a una patología orgánica, si se precisan medidas terapéuticas o de contención iniciales y si es necesaria la derivación a psiquiatría. Se valorará(4):

- Historia clínica
- Motivo de consulta
- Antecedentes somáticos y psiquiátricos
- Toma de fármacos
- Consumo de tóxicos
- Evolución de los síntomas
- Exploración física
- Evaluación psiquiátrica básica
- Valorar si existen ideas autolíticas (preguntando explícitamente por ideación suicida o de muerte)
- Evaluar síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios...)

VALORACIÓN DE RIESGOS

En el servicio de urgencias se debe garantizar la seguridad tanto del propio paciente como la del resto de personas que se encuentran en dicho servicio. La seguridad del paciente y la de los propios profesionales sanitarios depende de la actuación conjunta tanto del personal sanitario (médicos y personal de enfermería) como del no sanitario (4).

En función del resultado de la valoración se concluirán las diferentes decisiones que se describen a continuación (4):

- Medidas terapéuticas en función de la lesión orgánica
- Ubicación del paciente en un lugar aislado (tranquilo) y seguro
- Retirada de objetos peligrosos. Los objetos personales serán guardados por el personal de seguridad
- Medidas de contención (verbales, farmacológicas o mecánicas).

El paciente psiquiátrico que se encuentra en situación de crisis puede constituir un peligro para sí mismo o para los demás, y en ocasiones su patología desencadena en que su percepción del entorno esté alterada y, como consecuencia, sus decisiones no se consideran autónomas. Algunas circunstancias se asocian con mayor riesgo de fuga. Se intentará crear un clima de confianza y buscar un acuerdo con el paciente. Serán ubicados en un lugar tranquilo dentro de las posibilidades (4).

Con los pacientes psiquiátricos que no tienen alterada su capacidad de tomar decisiones debe actuarse como dicta la ley de Autonomía del Paciente, considerándose su marcha del servicio como alta voluntaria (4).

ACTUACIÓN CON EL PACIENTE VIOLENTO, AGITADO O EN RIESGO DE AGITACIÓN (4,5)

- Valoración de riesgos
- Intervención precoz. Los estados de agitación deben ser atendidos cuanto antes
- Intentar disminuir el nivel de agresividad (ubicación adecuada, contención verbal, aparentar calma y dialogar con serenidad, tratando de establecer un clima de confianza
- Explicación del plan terapéutico
- Evitar responder a las provocaciones
- Uso de psicofármacos
- Uso de contención mecánica: cuando las medidas de contención con psicofármacos no son suficientes

5 Discusión-Conclusión

Los problemas de salud mental se encuentran actualmente en auge. El papel de la enfermería se considera clave dentro del equipo sanitario en la atención de una urgencia psiquiátrica. Por ello, se considera un elemento fundamental realizar un diagnóstico diferencial para descartar una patología orgánica. Una vez se haya realizado ese diagnóstico diferencial, se procederá a realizar una valoración, em-

pezando por la física, y siguiendo por la valoración psiquiátrica. También se considera importante valorar al entorno del paciente.

Una vez realizada la valoración, las intervenciones que se realizan al paciente padece una urgencia psiquiátrica deben estar protocolizadas y se consideran igual de primordiales que la realización de la valoración.

Una mala praxis, determinada por hábitos obsoletos, puede dificultar el éxito del tratamiento de este tipo de pacientes.

6 Bibliografía

1. La salud mental en cifras [Internet]. Comunica la Salud Mental. [citado 20 de julio de 2023]. Disponible en: <https://comunicalasaludmental.org/guiadeestilo/la-salud-mental-en-cifras/>
2. Tortosa Tortosa P, López Rivas L, López Gutiérrez F. Intervenciones de enfermería en atención de urgencias al paciente suicida, ansioso y violento. En: Intervención en contextos clínicos y de la salud, 2016, ISBN 978-84-617-5910-1, págs 81-88 [Internet]. Asociación Universitaria de Educación y Psicología (ASUNIVEP); 2016 [citado 20 de julio de 2023]. p. 81-8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5913857>
3. Ciberrevista - Página 5 [Internet]. [citado 21 de julio de 2023]. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/noviembre2016/pagina5.html>
4. Atención al paciente psiquiátrico en el servicio de urgencias. (Internet). (citado 21 de junio de 2023). Disponible en: <https://www.riojasalud.es/files/content/servicios/urgencias/profesionales/atencion-pac-psiq.pdf>
5. Pagán Y. AGITACION PSICOMOTRIZ. [citado 21 de julio de 2023]; Disponible en: https://www.academia.edu/14123451/AGITACION_PSICOMOTRIZ

Capítulo 85

CASO CLÍNICO DISECCIÓN AÓRTICA

CARLOS VERA HERVÁS

CARMEN MARÍA BRAVO FERNÁNDEZ

ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO

MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO

LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA

1 Introducción

La disección aórtica aguda es una urgencia médica, va ligada a una alta mortalidad, por ello es muy importante un diagnóstico precoz. Esta se caracteriza por la creación de una falsa luz en la capa media de la pared aórtica. Se clasifica según donde se estén presenciando los desgarros y la localización de estos, además de la extensión retrógrada o anterógrada de la disección.

Normalmente, empieza con la formación de un desgarro en la íntima (la capa más interna) de la aorta, provocando que se quede expuesta la capa media subyacente al flujo sanguíneo, penetra disecándola y se extiende creando una falsa luz. Si la sangre logra atravesar la pared aórtica externa, en la mayoría de los casos, la disección aórtica es mortal.

La zona más frecuente del desgarro primario de la capa íntima, se produce en la aorta ascendente, entre 1 y 5 cm por encima del seno de Valsalva derecho.

Según la clasificación de De Bakey, se puede dividir en:

- Tipo I: Compromete la aorta ascendente, el arco y se extiende a la aorta descendente.
- Tipo II: La disección se limita a la aorta ascendente y al arco aórtico.
- Tipo III: La disección se origina a nivel de la subclavia izquierda y se extiende en forma distal.

Según la clasificación de Stanford, se puede dividir en:

- Tipo A: Proximal o ascendente, con extensión o no al arco y aorta descendente; reúne los tipos I y II de De Bakey.
- Tipo B: Distal o descendente, equivalente al tipo III de De Bakey

La tensión arterial alta es el factor más frecuentemente asociado a la disección aórtica, ya que acelera el proceso degenerativo del vaso. También puede influir envejecimiento, aterosclerosis, traumatismos contundentes en el pecho, válvula aórtica bicúspide, coartación de la aorta...

En la gran parte de los casos, los síntomas suelen tener un comienzo repentino y dolor torácico grave. El dolor puede sentirse como un infarto cardíaco. Puede describirse como fuerte, agudo, punzante y desgarrador.

La presencia de este dolor agudo, lancinante, de intensidad máxima al inicio, generalmente se inicia en región interescapular y a medida que la disección se va agravando, este dolor va irradiándose.

Se puede irradiar a los hombros, el cuello, los brazos, la mandíbula, el abdomen y las caderas. Raramente, se presenta síncope, generalmente por la ruptura a pericardio con taponamiento cardíaco.

2 Objetivos

- Dar a conocer la sintomatología relacionada con la enfermedad para el correcto triaje de enfermería.
- Mostrar la importancia de un diagnóstico precoz ante este tipo de enfermedad.

3 Caso clínico

Fecha y hora del fin del triaje 23-08-30-01:39

Fecha y hora del inicio del triaje 23-08-30-01:38

Descripción del Síntoma LIPOTIMIA O SÍNCOPE SIN ESPECIFICAR

Clasificación del triaje V

Motivo de ingreso – consulta: Síncope y vómitos

NAMC. No hábitos tóxicos de interés. No HTA, no DM, no DLP. No cardiopatías conocidas. Asma alérgica en tratamiento con symbicort durante la época de alergia primaveral. No otras patologías de interés.

Antecedentes personales:

Intervenciones quirúrgicas:

- Cornete nasal izquierdo.
- Tenotomía en ambos arcos plantares.
- Quistectomía de cordal 38, se realiza exodoncia de 38

Tratamiento habitual: Symbicort 2 inhalaciones/12 horas, Ebastel 1/24 horas en período primaveral y ocasionalmente Lexatin 1.5 en episodios de estrés

Antecedentes familiares: Padre afecto de retinosis pigmentaria y cardiopatía con cardiomegalia, portador de desfibrilador. Nefrópata a la espera de tratamiento con diálisis.

Madre afecta de angina de pecho.

Situación basal: IABVD. No deterioro cognitivo.

Mujer de 50 años de edad que consulta por síncope de perfil cardiogénico, mal estado general y dolor torácico con irradiación hacia espalda. Mientras es atendida en box de urgencias, sufre episodio de vómitos con disminución de nivel de conciencia y posible crisis epiléptica con broncoaspiración y desaturación, motivo por el cual pasan a box vital. La paciente se encuentra con livideces marcadas, ingurgitación yugular, pupilas medias reactivas, sin pulso palpable, en actividad eléctrica sin pulso (AESP) por lo que se inician maniobras de RCP avanzada. Tras IOT y 1 adrenalina recupera pulso (4 min de RCP), se realiza ecografía que objetiva derrame pericárdico grave con datos de taponamiento. Se realiza pericardiocentesis urgente drenando hasta 300 ml de sangre y disminuyendo el taponamiento cardíaco.

Se solicita TAC de aorta donde se visualiza disección aórtica tipo I de DeBakey (tipo A de Stanford), con "flap intimal" desde válvula aórtica hasta bifurcación de las ilíacas comunes, incluyendo afectación de ambas carótidas.

Se avisa a Cirugía Cardíaca para traslado urgente, quienes aceptan a este. A su llegada a UCI, en espera de ambulancia, la paciente vuelve a sufrir PCR a las

04.10 h en ritmo de AESP, se reinicia RCP avanzada de hasta 20' con 5 adrenalinas, ecografía intraparádica con persistencia de derrame por lo que extraemos manualmente. A pesar de todas las medidas, se mantiene en PCR sin recuperación de la circulación espontánea, por lo que se finaliza RCP por ser ineficaz. Éxito a las 04.30 h de 30/08/2023.

Exploración física

En urgencias: PCR en AESP. Sat O₂ 75% ventilando con ambú. Livideces generalizadas. Pupilas medias arreactivas.

Exploración complementaria 1

-ANGIOTC AORTA / TSA URGENTE. Se realiza estudio para despistaje de disección aórtica, desde troncos supraaórticos hasta femorales proximales, incluyendo fase sin contraste, fase arterial con técnica de bolus tracking con el ROI en el cayado aórtico y fase venosa.

Se identifica una disección aórtica tipo I de DeBakey (tipo A de Stanford), que compromete aorta ascendente y descendente, visualizándose un "flap intimal" desde la válvula aórtica que se extiende hasta la bifurcación de las arterias ilíacas comunes.

Raíz aórtica dilatada de 65 mm de calibre aprox. Las arterias coronarias visibles son aparentemente permeables.

Arteria mesentérica filiforme. Tronco celiaco de calibre normal.

La arteria renal derecha está permeable, aunque de calibre filiforme, con captación parenquimatosa cortical retardada del RD respecto al contralateral.

A nivel de troncos supraaórticos, la disección compromete a tronco braquiocefálico derecho (con oclusión completa de la carótida derecha desde su origen). La carótida izquierda presenta un trayecto filiforme hasta la bifurcación. subclavia izda, igualmente afecta en su origen, aunque permeable. Ramas del polígono de Willis y sistema vertebrobasilar permeables.

Hemopericardio de 15 mm de espesor, con catéter de drenaje de pericardiocentesis a través de abordaje infraesternal.

Procedimientos: Monitorización continua no invasiva, intubación y ventilación mecánica, pericardiocentesis, TAC y ecocardiograma.

4 Discusión-Conclusión

La disección aórtica es una enfermedad potencialmente mortal. Una solución puede ser la cirugía, pero solo si esta se realiza antes de que se produzca la ruptura de la aorta. Menos del 50% de las personas que sufren ruptura aórtica logran sobrevivir.

Aquellos que sobreviven necesitarán tratamiento para toda la vida, además este será muy agresivo, para mantener una presión arterial óptima. Además, necesitan que les realicen controles cada pocos meses para vigilar la aorta.

El inicio suele ser un dolor torácico de aparición brusca, severo retroesternal o interescapular, generalmente referido como desgarró, y posterior progresión hacia abajo y hacia la espalda sería el cuadro típico.

Las pruebas complementarias para diagnosticar la enfermedad como un electrocardiograma, suele ser normal en la mayoría de los casos, pero es esencial para diferenciar esta patología del infarto agudo de miocardio.

La técnica diagnóstica de elección suele ser el TAC, ya que permite estudiar la extensión de la disección hacia la aorta abdominal e ilíacas. Si es cierto que es una prueba que requiere de llevar al paciente hasta donde se encuentre este, por lo que en una enfermedad tiempo-dependiente como es esta, puede que se gaste mucho tiempo, por ello otra elección válida sería la ecocardiografía transtorácica.

Además, realizando un TAC podemos observar algunas limitaciones que pueden ser salvadas mediante la ecocardiografía transtorácica, como son la localización de la puerta de entrada y la valoración de la válvula aórtica. También se ha observado que la ecocardiografía transesofágica presenta un gran rendimiento, es rápida, no requiere la administración de contraste y puede ser realizado en cualquier momento, aunque no permite valorar la aorta distal.

Algunas de las causas más frecuentes de mortalidad son la insuficiencia cardíaca, rotura de la aorta, hemorragia, infarto de miocardio, insuficiencia respiratoria, afectación neurológica, insuficiencia renal e infección.

Por ello debe crearse un alto índice de presunción en el personal sanitario de urgencias ante esta entidad. Un paciente que presenta antecedentes de tensión alta, que impresiona de gravedad, dolor torácico intenso de inicio repentino, con un soplo aórtico o un signo de oclusión vascular, debe idearse el diagnóstico de disección de la aorta y acordarse de la frecuencia de presentaciones anormales o

con poca expresión clínica.

5 Bibliografía

Dissección aórtica [Internet]. Mayo Clinic. 2021 [citado el 9 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/aortic-dissection/symptoms-causes/syc-20369496>

Dissección aórtica [Internet]. Medlineplus.gov. [citado el 9 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000181.htm>

Gómez-Rubio J, Bárcena-Atalaya AB, Caballero-García FJ. Dissección aórtica aguda, lo fundamental de la historia clínica y la exploración física. Semergen [Internet]. 2014 [citado el 9 de septiembre de 2023];40(4):228–31. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-disseccion-aortica-aguda-lo-fundamental-S1138359314000392>

Contreras Zúñiga E, Ximena S, Martínez Z, Esteban J, Mesa G, Ocampo Duque V, et al. Dissección aórtica: estado actual [Internet]. Scielo.sa.cr. [citado el 9 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcc/v11n1/3952.pdf>

Muiño Miguez A, Villalba García MV, López González-Cobos C, Gómez Antúnez M, Ortiz Vega M, Ortiz Alonso J. Dissección aórtica aguda. An Med Interna [Internet]. 2002 [citado el 9 de septiembre de 2023];19(4):19–23. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992002000400003

Jaramillo NI, Alviar CL. Dissección de aorta: Aspectos básicos y manejo endovascular. Rev Colomb Cardiol [Internet]. 2005 [citado el 9 de septiembre de 2023];12(2):64–79. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332005000400003

Capítulo 86

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL TRAUMATISMO TORÁCICO

VIRGINIA MERINO GARCIA

FRANCISCO LÓPEZ CANO

ALEXANDRA LAZAR

DAVID RONCERO GARCIA

JULIA CASTELLANOS FRANCO

1 Introducción

Los traumatismos son lesiones ocasionadas que puede verse ocasionado por un golpe, llegando a afectar a tejidos u órganos, además, de otras estructuras más relevantes como el sistema cardiovascular, digestivo y/o respiratorio, necesitando un abordaje de urgencia [1].

Los primeros minutos para tratar los traumatismos son primordiales a la hora de tratar el paciente, ya que hay un porcentaje elevado de mortalidad si no se trata cuanto antes y de manera efectiva y eficaz. El equipo de enfermería debe realizar la evaluación ABDCE para ir completando paso a paso su atención y llevar así un orden que pretenda valorar lo más importante, lo primero como es la vía aérea y finalizar con la exposición del paciente. Además, si el paciente está afectado por más de un sistema, se denominará paciente politraumatizado [1].

Podemos encontrar diferentes clasificaciones para los distintos tipos de traumatismos, entre ellas encontramos:

- Traumatismos torácicos cerrados o no penetrantes: producidos la mayoría por impactos directos, compresión o desaceleraciones.
- Traumatismos abiertos o penetrantes: ocasionalmente son provocados por armas blancas o armas de fuego.

Asimismo, hay que tener en cuenta la gravedad de estos por si existe un compromiso vital, necesitando de una atención rápida y eficaz por parte de enfermería, como, por ejemplo: obstrucción de la vía aérea, neumotórax abierto, taponamiento cardiaco, etc. [1].

2 Objetivos

Analizar el papel de enfermería para los pacientes con un traumatismo torácico, teniendo en cuenta las necesidades específicas derivadas de su lesión, a partir de la bibliografía existente.

3 Metodología

Las principales fuentes de información elegidas para esta revisión bibliografía se extrajeron de las bases de datos de Web Of Science, Scopus y Google Académico. Además, se utilizaron las palabras clave en la cadena de búsqueda como: "traumatismo", "tórax", "traumatismo torácico", "enfermería".

4 Resultados

La herramienta principal manejada por enfermería es el triaje. En el triaje acogerán al paciente politraumatizado y comenzarán a realizar los protocolos establecidos, en este caso se llevará a cabo la escala ABCDE atendiéndolo de manera individualizada y holística según el tipo de paciente [2].

La escala ABCDE se caracteriza por una evaluación primaria donde cada letra especifica una acción, en este caso [3]:

- A: manejo de la vía aérea con control cervical utilizando diferentes dispositivos según la gravedad, como el collarín.
- B: respiración. Se utilizará la ventilación si fuera necesario.
- C: circulación y control de hemorragias
- D: deficiencias neurológicas. Se podrá utilizar diferentes escalas neurológicas, pero la mas utilizada es la escala Glasgow.
- E: exposición y proteger el entorno.

Por otro lado, el tener permeable la vía aérea no pronostica un intercambio gaseoso adecuado. Hay situaciones que pueden alterarla de forma aguda y comprometen la vida del paciente, como en este caso la hipoxia [4].

En el caso de shock en la parte de la letra C, es una alteración de la circulación provocando una inadecuada perfusión de órganos y oxigenación de tejidos. Lo primero es reconocerlo y después valorar la causa probable, siendo el más frecuente el hemorrágico [4].

Por consiguiente, debe iniciarse lo antes posible la administración de sueros isotónicos con una temperatura de 37°C, así si el porcentaje de sangre perdida es mayor al 30%, se realizará sinérgicamente una transfusión sanguínea [4].

Para la valoración neurológica, la escala Glasgow valora la actividad motora, verbal y ocular con una puntuación del 3 al 15. Todo paciente con una puntuación menor a 9, debe ser inmediatamente intubado [4].

Por último, la cirugía se puede dividir en 3 fases según la condición física que presente el paciente. En este caso son: toracotomía inmediata, realizada la mayoría de las veces en el box de la urgencia y la toracotomía diferida, que se realizará después de las 24 horas [5].

5 Discusión-Conclusión

El alto porcentaje de mortalidad en los traumas están relacionados directamente con los traumatismos torácicos [5]. Por ello, la rápida actuación de enfermería y el manejo de escalas es esencial.

El tiempo en este tipo de afecciones es primordial, ya que el elevado porcentaje de muerte viene provocada por roturas cardíacas o traqueales, obstrucciones en la vía aérea, neumotórax o grandes hemorragias [6].

Una vez este hospitalizado, su seguimiento y tratamiento también debe ser exhaustivo, ya que pasados los días la probabilidad de riesgo de sepsis o fallo multiorgánico provocan la muerte [6].

Como conclusión, el equipo de enfermería realiza un trabajo altamente valioso en el manejo del paciente que padece un traumatismo en la región torácica, mediante el triaje, valoración de la escala ABCDE y el resto de actividades necesarias para la seguridad del paciente.

6 Bibliografía

[1] Dorado González D. MANEJO ENFERMERO EN PACIENTE CON TRAUMATISMO TORÁCICO. MANEJO ENFERMERO EN PACIENTE CON TRAUMATISMO TORÁCICO.

MATISMO TORÁCICO [Internet]. 2019 [citado el 12 de septiembre de 2023];120(120):1-120. Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/16/manejo-enfermero-en-paciente-con-traumatismo-toracico>

[2] Moura BRS, Nogueira L de S. Performance of the rapid triage conducted by nurses at the emergency entrance. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2020 [citado el 12 de septiembre de 2023];28. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3467.3378>

[3]Yañez Castillo,V. Departamento capacitación. Cuerpo de bomberos. EVALUACIÓN PRIMARIA DEL ABC DEL TRAUMA. [Internet]. 2020 [citado el 12 de septiembre de 2023]. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/ABC%20DEL%20TRAUMA.pdf>

[4] Juárez González RA, Rubio Díaz R, Rojas IN. Agustín Julián-Jiménez Coordinadores adjuntos [Internet]. Castillalamancha.es. [citado el 12 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://toledo.sanidad.castillalamancha.es/sites/toledo.sescam.castillalamancha.es/files/publicaciones/08/07/2021/manual_de_urgencias.pdf

[5] Felipe Undurraga M, Patricio Rodríguez D, David Lazo P. Trauma de tórax. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2011;22(5):617-22. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864011704734>

[6] Gómez Martínez V, Ayuso Baptista F, Jiménez Moral G, Chacón Manzano MC. Recomendaciones de buena práctica clínica: atención inicial al paciente politraumatizado. Semergen [Internet]. 2008 [citado el 12 de septiembre de 2023];34(7):354-63. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-recomendaciones-buena-practica-clinica-atencion-13127193>

Capítulo 87

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA CIRUGÍA DEL PACIENTE DIABÉTICO

ESTHER NAVARRO GÓMEZ

FLORENTINA DIANA LAMBRU

VIRGINIA TAJUELO FLORES

ANA TRUEBA GONZÁLEZ

ESPERANZA CARCHANO ALCARAZ

1 Introducción

La Diabetes Mellitus es un conjunto de alteraciones metabólicas con una hiperglucemia mantenida. Hay distintas causas de diabetes mellitus, en la que una de ellas podría ser la hiperglucemia mantenida ocasionada por la falta de secreción de insulina, la carencia de la acción de la insulina, la falta de consumo de glucosa o incremento de la producción de insulina (4).

La Diabetes mellitus es una patología muy frecuente y la incidencia ha aumentado considerablemente a lo largo de estos años. Se ha elegido este tema por las grandes complicaciones que puede tener un paciente con diabetes mellitus ante una intervención quirúrgica y por la importancia de dar unos cuidados y tratamiento adecuado en el postoperatorio de estos pacientes.

Quien padece esta enfermedad tiene más probabilidad de someterse a alguna cirugía a lo largo de su vida que el resto de las personas. Es decir, la posibilidad de que un paciente diabético necesite una intervención quirúrgica es más alta

que los pacientes que no padecen esta enfermedad. El postoperatorio se complica más debido a las complicaciones cardiovasculares que puede llegar a tener y al desajuste metabólico que tienen. De esta manera, tener un buen control glucémico mejoraría enormemente esta situación (6).

No obstante, nos tenemos que enfrentar a los distintos problemas que tienen estos pacientes a causa de una de hiperglucemia crónica como puede ser problemas en la vista, en el riñón, sistema nervioso, sistema cardiovascular, etc. (1)

Además, la estancia hospitalaria de los pacientes con Diabetes Mellitus probablemente se prolongue a causa de este desajuste metabólico y por la considerable morbilidad de estos pacientes.

Es por ello, por lo que tanto el equipo de planta, como el equipo quirúrgico deberá conocer las características detalladas de cada paciente para poder darle los cuidados necesarios ante una cirugía, evitando los riesgos que conlleva (5).

2 Objetivos

1. Establecer los cuidados de enfermería en un paciente con diabetes mellitus que va a ser intervenido quirúrgicamente.
2. Determinar las características del grupo de pacientes a estudiar.
3. Realizar un correcto preoperatorio y postoperatorio acorde a las circunstancias de cada paciente diabético.

3 Metodología

En la realización de este presente trabajo hemos llevado a cabo una búsqueda bibliográfica de manera íntegra y minuciosa en los diferentes tipos de bases de datos existentes. Las más destacadas han sido; PubMed, Cuiden y Scielo.

De primeras, el objetivo principal de nuestra búsqueda fue manejar aquellos artículos encontrados en los últimos 5 años, especialmente aquellos inscritos desde 2017 hasta ahora (2023), excluyendo todo aquello que no se ajustara a los requerimientos de búsqueda, puesto que los conocimientos en salud se actualizan continuamente y no serviría de nada revisar artículos del 2000 por ejemplo. Por tanto, realizamos unas primeras búsquedas simples y sencillas, que aportaban cientos de resultados, lo que hizo necesario recurrir a ciertos filtros para obtener la información requerida. Después de estas primeras búsquedas, realizamos una búsqueda más avanzada, como aportar datos lo más recientes y relevantes posibles, con el objetivo de delimitar nuestra búsqueda.

Nos hemos centrado en la base de datos PubMed, y concretamente en los términos: “Diabetic”, “Cirugía”, “Diabetes”, “Postoperatorio”, “Types” y “Operación” con el dispositivo “AND” para asegurarnos que se incluyan los términos buscados.

Con esta sistematización conseguimos llevar el proyecto a cabo con alta posibilidad de éxito y calidad de la información que se obtuvo.

4 Resultados

Actualmente seguimos un estilo de vida que favorece la aparición de distintas patologías. Concretamente una dieta inadecuada, una deficiente actividad física, la obesidad y el tabaquismo incrementan notablemente el riesgo de padecer enfermedades como la hipertensión, problemas cardíacos y diabetes mellitus.

La diabetes mellitus se trata de una enfermedad crónica del sistema endocrino, que a su vez tiene mucho que ver con la acción de las hormonas. Esta enfermedad se desarrolla a causa de una disminución en la secreción de insulina en el páncreas, impidiendo una adecuada metabolización de la glucosa, acumulándose así en la sangre (8).

Alrededor del 8,3% de la población mundial adulta padece de diabetes, donde dentro de este porcentaje el 90% es diabético tipo II.

Con el tiempo si no se sigue un tratamiento adecuado esta enfermedad incrementa el riesgo de muerte prematura y puede llegar a producir; enfermedades de corazón y riñones, problemas oculares, polineuropatías y úlceras en los pies (pie diabético) (2).

La Insulina y el Glucagón son dos hormonas muy importantes producidas por los islotes de Langerhans del páncreas, claves para comprender dicha enfermedad.

La secreción de glucagón incrementa la concentración de glucosa en sangre y la insulina favorece su absorción, almacenándose en el cuerpo como glucógeno y grasa. Al comer aumentan los niveles de glucosa en sangre, el páncreas para de secretar glucagón y produce insulina para así guardar los nutrientes sobrantes. Después de comer la concentración de glucosa baja de nuevo, haciendo que el páncreas secrete glucagón, para que de esta forma la glucosa y las grasas almacenadas puedan estar libres en sangre, para ser utilizadas por los diferentes órganos y sistemas (5)

En las personas diabéticas este suceso no se lleva a cabo de manera correcta, ya que, el páncreas no produce la insulina necesaria o la que produce es defectuosa, de tal forma que los receptores no reaccionan a su presencia, acumulándose la glucosa en sangre de manera crónica.

Algunos de los síntomas mas habituales son; incremento del apetito y de la sed, polifagia, polidipsia y poliuria, perdida de peso y glucosuria (elevadas concentraciones de glucosa en orina). También son frecuentes síntomas como; fatiga, dolor de cabeza, nauseas y vómitos, picores, baja cicatrización, dolor abdominal y afectación de la visión.

El estrés empeora los signos y síntomas de esta enfermedad, ya que, secreta hormonas que incrementan la concentración de glucosa en sangre. Así mismo, padecer diabetes mellitus es un hecho estresante, debido a la exigencia de su tratamiento, por lo que puede favorecer la aparición de ansiedad y depresión (8). Hablamos de hipoglucemia cuando las concentraciones de glucosa en sangre son inferiores a 60 mg/dl, que es lo que sucede cuando las personas diabéticas hacen mucho ejercicio o dejan mucho tiempo entre comidas. Este hecho provoca; taquicardia, sudoración o nerviosismo. Y hablamos de hiperglucemia cuando las concentraciones de glucosa en sangre superan los 120-140 mg/dl, que se dan por falta de ejercicio, ingestas excesivas o estrés. La hiperglucemia puede provocar; falta de apetito, sed, incremento de la necesidad de orinar y molestias en el aparato digestivo.

Según la Asociación Americana de Diabetes (ADA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) la diabetes mellitus se clasifica dependiendo de sus causas en (7):

DIABETES TIPO 1 O INSULINODEPENDIENTE (DMID): Se conoce también como juvenil o infantojuvenil, ya que, se suele instaurar antes de la edad adulta y necesita de insulina externa. Constituyen el 10% de los casos de diabetes mellitus. La concentración de glucosa en sangre sube y/o baja de forma brusca. La diabetes tipo I se da por la falta de las células productoras de insulina en los islotes de Langerhans. Esta alteración surge en gran medida por una predisposición genética y por malos hábitos en la dieta.

El tratamiento de la diabetes insulino dependiente se basa en autocontrolar las concentraciones de glucosa en sangre y manejar de forma eficiente las bajadas bruscas de los niveles de azúcar.

DIABETES TIPO 2 O NO INSULINODEPENDIENTE (DMNID): Este tipo de diabetes suele aparecer en edades mas adultas que la tipo I, a partir de los 40 años aproximadamente. Se produce por una resistencia de las células a la insulina o por un déficit de producción de la hormona debido a; sobrepeso, ausencia de ejercicio físico o un alto consumo de carbohidratos y/o grasas.

A diferencia de la diabetes tipo I, esta no suele necesitar la administración de insulina exógena, aunque con el tiempo es habitual que se necesite.

El tratamiento se basa en cambiar el estilo de vida, haciendo mas ejercicio físico,

siguiendo una dieta adecuada y perder peso, con lo que sería suficiente para disminuir los síntomas que trae esta diabetes.

DIABETES GESTACIONAL: Este tipo de diabetes surge cuando en el embarazo la concentración de glucosa en sangre se incrementa de forma crónica. Se da en un 3/9% de las embarazadas y el 10% se conserva después del parto. La diabetes gestacional es parecida a la tipo II, ya que, se da por una resistencia a la insulina y se suele producir en personas con obesidad o con antecedentes de diabetes no insulino dependiente. Incrementa el riesgo de que sea necesaria la cesárea y de que surjan alteraciones como el síndrome de dificultad respiratoria neonatal.

La prevención de esta diabetes se basa en seguir un mínimo ejercicio físico, consiguiendo un peso y dieta saludables.

OTROS TIPOS:

MODY (Diabetes del adulto de inicio juvenil): Muy similar a la diabetes no insulino dependiente, se da de forma hereditaria antes de los 25 años.

LADA (Diabetes autoinmune latente del adulto): Parecida a la diabetes insulino dependiente, aunque aparece en edad adulta.

Neonatal: Se trata de una hiperglucemia que aparece en las primeras dos semanas de vida, que puede desaparecer o permanecer, incrementando el riesgo de padecer diabetes en edad adulta.

Prediabetes: No llega a diagnosticarse como diabetes, pero sí que cuenta con un incremento de la concentración de glucosa en sangre, aumentando el riesgo de que se desarrolle una diabetes tipo II.

Y otras diabetes debidas a; trastornos del páncreas, endocrinopatías o inducidas por fármacos.

Cabe destacar que, aunque a una persona se le diagnostique con uno de los tipos de diabetes mellitus, es habitual que desarrolle dos o mas tipos a la vez, ya sea de primeras o con el tiempo.

Las personas que padecen de diabetes mellitus tienen mas posibilidades de ser intervenidos quirúrgicamente alguna vez en su vida, comparado con el resto de los pacientes no diabéticos. La cirugía de los pacientes diabéticos está relacionada con; una mayor morbilidad, una alteración de la correcta cicatrización y un incremento de infecciones perioperatorias.

Para reducir las complicaciones que conlleva la cirugía del paciente diabético, se deben seguir unas “glucemias objetivo” que oscilan entre 120- 180mg/dl, siendo lo ideal < 150mg/dl (7).

Anteriormente hemos mencionado los signos y síntomas de un paciente diabético, su diagnóstico, niveles y control de diabetes. En los pacientes que no lleven un buen control de su enfermedad, pueden llegar a cuadros agudos como

la cetoacidosis diabética y el síndrome hiperosmolar no cetósico. Aun así, cabe destacar que los criterios para diagnosticar diabetes son:

- Glucemia plasmática en ayunas ≥ 126 mg/dl.
- Glucemia plasmática a las 2 horas de una sobrecarga oral de glucosa ≥ 200 mg/dl.
- Glucemia plasmática ≥ 200 mg/dl en cualquier momento del día con síntomas como; poliuria, polidipsia y pérdida de peso.

En la evaluación preoperatoria del paciente diabético (4):

Debemos llevar a cabo una anamnesis de la enfermedad de base y las posibles enfermedades secundarias a la diabetes, prestando especial atención en la valoración de la vía aérea difícil.

Valoraremos el tipo de diabetes en cuestión y su evolución en el tiempo, evaluando si la función renal se encuentra afectada.

Observaremos las funciones cardiovasculares en busca de neuropatías o disfunciones autonómicas que puedan llegar a aumentar la inestabilidad hemodinámica durante la intervención. Para el control de estas complicaciones se llevará a cabo una correcta posición del paciente en la mesa quirúrgica, protegiendo los puntos de presión (5)

Llevaremos a cabo un estricto control de la intubación del paciente, ya que muchas veces se crean erosiones en las encías y/o boca, lo que puede llevar a una difícil cicatrización en pacientes diabéticos.

Valoraremos el tratamiento farmacológico del paciente, el autocontrol que tiene sobre la dieta y los antidiabéticos orales y/o insulina que requiere. En este apartado se valorará conjuntamente todos aquellos fármacos que deban administrarse en la cirugía y puedan descontrolar su tratamiento de base.

En el preoperatorio tenemos que asegurarnos que al paciente se le han hecho ciertas pruebas complementarias como; Analítica sanguínea completa (Hemograma, Bioquímica y Coagulación), Electrocardiograma (ECG), Radiografía de tórax (RX) y la Hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}). El valor de la HbA_{1c} resulta muy importante en los pacientes insulino dependientes, para valorar el control glucémico basal y evitar posibles descompensaciones.

Se realizará la medición de la glucemia capilar y un análisis de orina. Y además se diferenciará los pacientes con glucemia bien controlada y pacientes que no tengan la diabetes del todo controlada.

Algunas de las recomendaciones prequirúrgicas son:

- Programar a los pacientes diabéticos a primera hora de la mañana.
- Evitar la deshidratación del paciente, manteniéndolo hidratado teniendo en cuenta la forma de administración de los sueros y los fluidos que no deben administrarse como es el caso del lactato.

- Realizar una profilaxis de broncoaspiración y mantener los bloqueantes hasta en el día de la intervención.
- Seguir un estricto control de la glucemia, teniendo en cuenta los pacientes que tienen un buen control de su índice glucémico y aquellos pacientes diabéticos que no conocen bien su enfermedad o no tienen un buen control del índice glucémico, a los cuales se les hará un control exhaustivo.

Pautas de insulina dependiendo del tipo de cirugía (8):

- Dentro de la cirugía mayor ambulatoria y cirugía menor, las pautas de insulina dependerán a su vez del tipo de diabetes, del tipo de antidiabéticos que tome o si lleva insulina. Pero en resumen seguiremos en el preoperatorio: Ayuno nocturno, retirar antidiabéticos orales, administración de sueros, glucemia capilar, pautas de insulina correctora subcutánea. Y en el postoperatorio: Retirar los sueros, reiniciar los antidiabéticos orales y mantener la glucemia y las pautas de insulina.
- En el caso de cirugía mayor y situaciones de mal control o hiperglucemiantes, dependerá de si se trata de una cirugía programada o urgente. Pero aun así las pautas a seguir son parecidas; se intentará realizar la cirugía a primera hora de la mañana, la noche previa se administrará la dosis habitual de insulina, se seguirá un ayuno nocturno, no se tomará el día de la intervención antidiabéticos orales. Y en el caso de ser necesaria una intervención urgente, se iniciará la pauta cuanto antes, aunque en caso de descompensaciones de los niveles de glucosa se atrasará la cirugía.

El postoperatorio de los pacientes diabéticos esta directamente relacionado con los autocuidados del propio paciente y los cuidados de enfermería antes de la cirugía. (Hinojasa et al. 2018)

Dentro de la terapéutica de los pacientes diabéticos encontramos:

- Adecuado control de la glucemia antes de las comidas, después de las comidas y en momentos necesarios con el objetivo de adecuar la dosis de insulina antes de la cirugía. Las dosis de insulina dependerán en todo momento de la resistencia del paciente a dicha insulina.
- Una dieta adecuada, evitando el alcohol y dejando de fumar.
- Mantener las emociones y el estado del paciente con el fin de estabilizar la actividad hormonal.
- Vigilar posibles signos de infecciones, para así poder prevenir heridas y ciertos problemas, ya que la curación en pacientes diabéticos es mucho más lenta.

5 Discusión-Conclusión

Después de fijar unos objetivos, en base a ellos hemos llegado a varias conclusiones.

Resulta de gran importancia los cuidados de enfermería en los pacientes diabéticos tanto antes de la operación, durante y después de la operación. Aparte de las diferentes pruebas que nos proporcionan datos objetivos del estado de salud del paciente como puede ser los índices glucémicos, hay que prestar atención al estado físico y anímico para evitar el estrés que puede dar lugar a distintas complicaciones.

En cuanto al preoperatorio se deberá hacer una valoración más exhaustiva de la función renal, cardiovascular, determinar la posición del paciente para evitar riesgo de neuropatías, protegiendo las zonas donde puede haber presión, además de valorar la medicación a administrar ya que, ciertos fármacos pueden alterarlos hemodinámicamente (2).

Para cumplir los objetivos del postoperatorio, la enfermera debe insistir en el manejo del autocontrol por parte del propio paciente, para que este sea responsable y pueda controlar su enfermedad; seguir una adecuada actividad física, mantener un adecuado peso, controlar la dieta y llevar un control glucémico antes y después de las comidas.

Además, en postoperatorio en los pacientes con tratamiento con antidiabéticos orales tanto en cirugía menor como en cirugía mayor y con diabetes bien controlada, retomaran su tratamiento habitual. En cambio, en aquellos pacientes con diabetes mal controlada tendremos que llevar a cabo un control glucémico mucho más estricto.

De esta manera, mantener los niveles de glucemia en sangre será primordial tanto en el preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio. Es por ello por lo que, el equipo quirúrgico debe dominar las complicaciones de la hiperglucemia y cómo se deben prevenir alcanzando el correcto nivel glucémico acorde con la situación del paciente y su gravedad (8).

6 Bibliografía

1. Arencibia-Pérez, B., Benet-Muñoz, O., Roque-Castellano, C., & Marchena-Gómez, J. (2020). Gluteal Abscess due to *Fingoldia Magna* in a Patient with Diabetes. *Actas dermosifiliograficas*, 111(6), 527–528.
2. Carro, G. V., Carlucci, E., Priore, G., Gette, F., Llanos, M., Dicatarina Losada, M. V., Noli, M. L., & Amato, P. S. (2019). Infecciones en pie diabético. Elección del

tratamiento antibiótico empírico. *Medicina*, 79(3), 167–173.

3. Hinojosa, C. A., Boyer-Duck, E., Anaya-Ayala, J. E., Núñez-Salgado, A. E., Laparra-Escareno, H., & Lizola, R. (2018). Impact of revascularization and factors associated with limb salvage in patients with diabetic foot. *Gaceta medica de Mexico*, 154(2), 190–197.

4. Lorenzo Soriano, L., Ordaz Jurado, D. G., Pérez Ardavín, J., Budía Alba, A., Bahilo Mateu, P., Trassierra Villa, M., & López Acón, D. (2019). Predictive factors of infectious complications in the postoperative of percutaneous nephrolithotomy. *Actas urologicas espanolas*, 43(3), 131–136.

5. Mendoza-Romo, M. Á., Ortiz-Martinez, A. Y., Fabela-Mendoza, K., García-Hernández, J. A., Acuña-López, M. A., Miramontes-Zapata, M., Medina-Tinoco, A., Mendoza-Schulz, J. E., Reyes-Barbosa, D. L., Mendoza Romo-Ramirez, M. Á., Carcoba-Abando, A., Pineda-Martínez, M., & Coronado-Juárez, C. G. (2021). Clinical and electromyographic findings in patients with diabetic polyneuropathy. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 59(3), 224–232.

6. Reitz, K. M., Marroquin, O. C., Zenati, M. S., Kennedy, J., Korytkowski, M., Tzeng, E., Koscum, S., Newhouse, D., Garcia, R. M., Vates, J., Billiar, T. R., Zuckersbraun, B. S., Simmons, R. L., Shapiro, S., Seymour, C. W., Angus, D. C., Rosengart, M. R., & Neal, M. D. (2020). Association Between Preoperative Metformin Exposure and Postoperative Outcomes in Adults With Type 2 Diabetes. *JAMA surgery*, 155(6).

7. Roden M. (2016). Diabetes mellitus - Definition, Klassifikation und Diagnose *Wiener klinische Wochenschrift*, 128, 37–S40

8. Velazquez-Roman, J., Angulo-Zamudio, U. A., León-Sicairos, N., Medina-Serrano, J., DeLira-Bustillos, N., Villamil-Ramírez, H., Canizales-Quinteros, S., Macías-Kauffer, L., Campos-Romero, A., Alcántar-Fernández, J., & Canizalez-Roman, A. (2021). Association of FTO, ABCA1, ADRB3, and PPARG variants with obesity, type 2 diabetes, and metabolic syndrome in a Northwest Mexican adult population. *Journal of diabetes and its complications*, 35(11), 108025.

Capítulo 88

DESCONGESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS MEDIANTE LA ENFERMERA DE TRIAJE

MARÍA ÁNGELES MIÑANO ORTEGA

CORAL GARCÍA GUIJARRO

TAMARA CABAÑERO CONTRERAS

GONZALO ALARCÓN CARRERES

MARÍA DOLORES GALLEGOS ROSA

1 Introducción

Uno de los problemas crecientes de los servicios de urgencias (SU) en los países desarrollados es la saturación de los mismos, ya que, por los tiempos de espera de la Atención Primaria, los pacientes acuden indistintamente a los servicios destinados para emergencias.

Es por ello que el triaje tiene un papel crucial a la hora de realizar una criba entre aquellos pacientes que necesitan una atención inminente y los que sufren de patologías cuya atención puede ser postergada.

En algunos países viene planteándose como una medida para aligerar esta primera atención recibida a la entrada del SU, que sea la enfermera quien realice un triaje que incluya la prescripción de ciertas pruebas diagnósticas como

las radiografías para acortar el tiempo que pasa entre que el paciente llega al servicio hasta que se le aplica un tratamiento. Estas medidas son conocidas como “Triage Avanzado” o “Enfermera de Triage”, siendo el Triage Avanzado una estrategia que va más allá, estableciendo unos protocolos aprobados por médicos en los que la enfermera realizaría la primera atención de las patologías más comunes, pudiendo solicitar tras una evaluación del paciente las pruebas diagnósticas indicadas en dichos protocolos (analíticas, radiografías, toma de muestras, etc.), de manera que a la llegada del médico podría iniciarse antes un posible tratamiento.

2 Objetivos

OBJETIVOS:

- Conocer cuáles serían las funciones de la enfermera de triaje.
- Determinar la eficacia de dicha estrategia en cuanto a la descongestión de los SU.
- Observar una posible pérdida de calidad en la atención al paciente de urgencias.

3 Metodología

Para realizar esta revisión bibliográfica se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática en bases de datos como Pubmed, Web of Science o Cuiden, empleando una ecuación de búsqueda formada con los descriptores “triage”, “nurse” y “emergency”, seleccionando aquellas que trataban sobre el tema a revisar.

4 Resultados

En esta publicación han sido analizados y revisados estudios, en su mayoría, de tipo ECA cuyo grupo experimental eran servicios en los que la enfermera realizaba radiografías por su propia prescripción a los pacientes lesionados con sospecha de fractura.

Se encontró una mejoría respecto a la saturación de los servicios de urgencias, ya que hubo una reducción significativa del tiempo que pasaban los pacientes en el servicio de urgencias. De media, en los ECA la diferencia entre la solicitud de la radiografía por parte del médico de urgencias o la enfermera de triaje es de 37,2

minutos, siendo esa disminución temporal atribuible a la figura de la enfermera de triaje.

Asimismo, no se encuentran hallazgos significativos que indiquen que la labor de la enfermera de triaje acorta el intervalo de tiempo que transcurre entre que el paciente es evaluado por la misma hasta que es valorado por primera vez por el médico de urgencias.

En cuanto a la calidad de los cuidados y las intervenciones, no existe riesgo de devaluación de los mismos. En las encuestas de satisfacción realizadas al personal sanitario y a los pacientes implicados en los estudios revisados, se observa una alta conformidad y agrado con el nuevo método.

De igual modo, la protección de la integridad y seguridad del paciente se encuentra cubierta, ya que se evidencia que el riesgo de solicitar una RX es la misma por la enfermera de triaje que por el médico de urgencias, protegiendo al paciente de una posible sobreexposición a la radiación.

Estos hallazgos fueron significativos en los casos en los que había una lesión potencial. En aquellos pacientes en los que no se observaba atisbo de lesión, esta medida no fue estadísticamente efectiva en los estudios de mayor calidad, aunque es mencionable que sí la hubo en algunos de calidad inferior.

5 Discusión-Conclusión

La revisión demuestra que la intervención realizada con la enfermera de triaje produce una descongestión de los servicios de urgencias, ya que disminuye el tiempo general que pasan los pacientes en el servicio, especialmente los que acudían con sospecha de lesión, y agiliza el diagnóstico y tratamiento.

Por tanto, los resultados de esta revisión sugieren que la enfermera de triaje o la estrategia de triaje avanzado deberían considerarse como una opción efectiva y segura para descongestionar los servicios de urgencias.

Además, tal y como se evidencia en los cuestionarios de satisfacción, este método mejora la satisfacción y la sensación de equipo en enfermeras, médicos y el resto de los profesionales sanitarios implicados en los servicios de urgencias sin comprometer la calidad de la atención al paciente ni la seguridad del mismo.

6 Bibliografía

1. Rowe BH, Villa-Roel C, Guo X, Bullard MJ, Ospina M, Vandermeer B, Innes G, Schull MJ, Holroyd BR. The role of triage nurse ordering on mitigating overcrowding in emergency departments: a systematic review. *Acad Emerg Med*. 2011 Dec;18(12):1349-57. doi: 10.1111/j.1553-2712.2011.01081.x. Epub 2011 Jun 21. PMID: 21692901.
2. Lindley-Jones M, Finlayson BJ. Triage nurse requested x rays—are they worthwhile? *J Accid Emerg Med*. 2000 Mar;17(2):103-7. doi: 10.1136/emj.17.2.103. PMID: 10718230; PMCID: PMC1725357.
3. Parris W, McCarthy S, Kelly AM, Richardson S. Do triage nurse-initiated X-rays for limb injuries reduce patient transit time? *Accid Emerg Nurs*. 1997 Jan;5(1):14-5. doi: 10.1016/s0965-2302(97)90056-4. PMID: 9069728.
4. Cheung WW, Heeney L, Pound JL. An advance triage system. *Accid Emerg Nurs*. 2002 Jan;10(1):10-6. doi: 10.1054/aaen.2001.0315. PMID: 11998578.
5. Rosmulder RW, Krabbendam JJ, Kerkhoff AH, Schinkel ER, Beenen LF, Luitse JS. 'Advanced triage' geeft snellere patiëntdoorstroming SEH, zonder verlies aan kwaliteit van zorg ['Advanced triage' improves patient flow in the emergency department without affecting the quality of care]. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2010;154:A1109. Dutch. PMID: 20356429.

Capítulo 89

PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA REANIMACIÓN NEONATAL

ESTHER NAVARRO GÓMEZ

FLORENTINA DIANA LAMBRU

VIRGINIA TAJUELO FLORES

ANA TRUEBA GONZÁLEZ

ESPERANZA CARCHANO ALCARAZ

1 Introducción

Antes de empezar con los temas seleccionados en esta revisión bibliográfica protagonizada por la reanimación neonatal comencemos por introducir la maniobra. El término neonato es cualquier lactante en su primera hospitalización y el recién nacido es un término usado específicamente para los pacientes en el momento del nacimiento. Inmediatamente después de nacer los bebés lloran y respiran, esto indica que el recién nacido está sano por lo que puede recibir los cuidados básicos y posteriormente realizar la ligadura del cordón umbilical pero cuando no respiran o lloran al momento de nacer se tiene que ligar el cordón umbilical, para así proceder a realizar las medidas de reanimación (4).

La reanimación neonatal no siempre es predecible por el personal sanitario, pero sí se puede organizar y asignar de manera eficiente funciones a cada una de las personas que van a asistir al parto, de esta manera se puede anticipar y coordinar mejor la situación ante algún problema (1).

Antes de cada intervención se debe comprobar el equipo y su funcionamiento, mantener el paritorio a una temperatura de unos 25 °C y ventanas y puertas cerradas. Los materiales necesarios son: fuente de luz, calor y oxígeno, reloj, aspirador con manómetro, sonda de aspiración, adaptador al tubo endotraqueal, mascarillas faciales, bolsa autoinflable, cánulas orofaríngeas, laringoscopio de pala recta, equipo de cateterización umbilical, estetoscopio, adrenalina, bicarbonato, naloxona (se debe administrar solo cuando hay sospecha del efecto de narcóticos), suero fisiológico, mezclador de aire/ oxígeno, pulsioxímetro, guantes y gasas estériles, tijeras y esparadrapo (5).

2 Objetivos

1. Exponer la secuencia de maniobras en la reanimación neonatal.
2. Explicar los riesgos asociados a la reanimación neonatal.
3. Conocer los fármacos utilizados en la reanimación neonatal.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica, con la finalidad de recopilar información ante el tema expuesto, se buscó en diferentes bases de datos científicas: ELSEVIER, Anales de pediatría y Google Académico. Se han utilizado los términos de búsqueda ‘neonato’, ‘enfermería’, ‘reanimación’, ‘cuidados’, tanto en inglés como en español, utilizando los operadores booleanos OR, AND, (), NOT.

Al introducir las palabras clave en el buscador de Google académico obtenemos 8.010 resultados, en Anales de pediatría obtendremos unos 26 resultados y por último en el buscador de ELSEVIER al introducir la palabra clave ‘reanimación’ obtenemos 12 resultados.

Tras realizar un cribado de los resultados de la búsqueda se procede a seleccionar los documentos que tras leer el resumen contengan la información apropiada para realizar la revisión bibliográfica.

4 Resultados

Se iniciará la reanimación si en la valoración inicial al neonato vemos que no ha sido capaz por él mismo de establecer una respiración normal o tiene que realizarse cuando comprobamos que la frecuencia cardíaca sea mayor de 100 latidos/ minuto, pero respira con esfuerzo o si se considera que le bebe está cianótico,

se inicia el soporte de ventilación con (CPAP) mediante máscara. Por el contrario, si la frecuencia cardíaca se encuentra por debajo de los 60 latidos/ minuto comenzamos con las compresiones torácicas. Es importante destacar que si no se realizan estas intervenciones de manera adecuada las intervenciones más complejas serán inútiles (5).

Primero se colocará al neonato en decúbito supino con el cuello ligeramente extendido. Si el recién nacido no tiene una ventilación adecuada, aunque sí presente buena actividad respiratoria es probable que las vías estén obstruidas por secreciones por lo que se aspirarán en un tiempo no mayor a 5 segundos (primero en la boca y después en la nariz). En la mayoría de los recién nacidos la estimulación para respirar se produce nada más secarles, pero sino funciona se puede usar métodos como frotar la espalda con una compresa templada o dar palmadas en la planta de los pies, siempre intentando no usar métodos agresivos para la estimulación (2)

En segundo lugar, se realiza una valoración lo antes posible junto con los 3 parámetros de estabilización: respiración, color y frecuencia cardíaca. Se realiza el test de Apgar al primer momento de vida, en el que hablaremos posteriormente en profundidad (6)

En tercer lugar, si no se ha llegado a estabilizar al neonato debido a una cianosis central con una frecuencia cardíaca superior a 100 latidos/minuto se tiene que administrar oxígeno en flujo libre. Aunque los estudios han demostrado que es razonable empezar poco a poco a administrar oxígeno si la respuesta no es adecuada (1)

En cuarto lugar, se procederá a usar la ventilación con presión positiva, cuando el recién nacido se encuentre bradicárdico o apnéico, no hay suficiente información sobre la seguridad en un corto y largo plazo, por lo que se necesitan más estudios. Algunos de los aparatos utilizados son (5):

Mascarilla y bolsa autoinflable:

Se realiza cuando la frecuencia cardíaca es menor a 100 latidos/ minuto, aunque haya iniciado la respiración. La elección dependerá de la experiencia y de la preferencia. Las primeras insuflaciones deben de hacerse con una presión alta, prolongando unos segundos entre insuflación. Se debe valorar la eficacia de la ventilación comprobando el aumento de la frecuencia cardíaca, ya que es el indicador adecuado para ver si la ventilación es adecuada. Si la ventilación se prolonga más de 2 minutos se puede producir la distensión gástrica para ello se coloca una sonda nasogástrica.

Uso de presión positiva continua en vía respiratoria PEEP o (CPAP):

No hay suficientes datos para verificar su buen uso en la reanimación neonatal.

Se ha podido documentar en niños prematuros. En estos casos se recomienda incorporar la válvula de PEEP a la bolsa de autoinflable.

Mascarilla laríngea:

Se puede usar cuando la mascarilla facial es ineficaz o no se puede intubar, pero todavía no hay suficientes estudios al respecto en recién nacidos para recomendarla de primera opción.

En quinto lugar, se procede a realizar la intubación endotraqueal cuando es necesario realizar un masaje cardíaco, si se comprueba que se tiene que prolongar la ventilación con bolsa y mascarilla facial ya que puede no ser efectiva o por el descenso de la frecuencia cardíaca, si requiere aspiración traqueal y, por último, en casos de hernia diafragmática donde puede haber entrada de aire en el intestino comprometiendo así la función pulmonar (7)

Colocamos al paciente en decúbito supino, se introduce el laringoscopio hasta situar la punta en la valécula epiglótica después se introduce el tubo endotraqueal y se retira el laringoscopio con precaución de no desplazar el tubo, por último, fijar el tubo y conectarlo al sistema de ventilación (4)

En sexto lugar, el masaje cardíaco es la opción cuando la asfixia produce hipoxia tisular, acidosis, bradicardia, vasoconstricción periférica y parada cardíaca. Se realiza el masaje cardíaco cuando si después de 30 segundos de ventilación con presión positiva, mantiene una frecuencia cardíaca inferior a 60 latidos por minuto (5)

Se colocarán los pulgares a un tercio inferior del esternón, con el resto de los dedos rodeando el tórax y dando soporte a la espalda. Se recomienda que las compresiones sean coordinadas con las ventilaciones. Los estudios realizados al respecto respaldan que se tiene que poner una concentración de oxígeno al 100% cuando se realizan las compresiones torácicas.

Existen signos y síntomas que determinan el riesgo para realizar la maniobra de reanimación cardiopulmonar. La reanimación de un neonato que se encuentra muy deprimido necesita la participación de 2 personas, una se encarga de monitorizar y si es preciso, realizar el masaje cardíaco y la otra para ventilar y si lo precisa intubar.

El test de Apgar es un examen rápido que se le hace al recién nacido para valorar su estado de salud nada más nacer. Se realiza en el minuto uno y en el cinco tras nacer. Se puede realizar al décimo minuto si la pediatra lo considera necesario (6)

No debe de utilizarse como herramienta pronostica durante los primeros minutos de vida, salvo en puntuaciones muy bajas a los cinco o diez minutos. Evalúa el riesgo que tiene un recién nacido de sufrir una parada. El test evalúa 5 parámetros

proporcionando una puntuación a cada uno de dos, uno o cero puntos dependiendo de la vitalidad (6)

1.Esfuerzo respiratorio: nos muestra información si los pulmones se encuentran maduros y, en definitiva, comprobar la buena respiración del recién nacido.

2.La frecuencia cardíaca: es uno de los parámetros más importantes a evaluar. Dependiendo si se encuentra una frecuencia cardíaca superior a 100 latidos por minuto tendrá una puntuación de 2, si es inferior tendrá una puntuación de 1 y si no se encuentra obtendrá un 0.

3.Tono muscular: hablamos de un buen tono muscular cuando presenta el recién nacido movimientos activos, por el contrario, un mal tono muscular es cuando no presenta movimiento en las extremidades, sin tono.

4.Reflejos: automáticos e involuntarios que presenta el neonato a ciertos estímulos, se busca evaluar el reflejo del llanto, tos, pataleo, muecas, mediante la irritabilidad.

5.Color de la piel: nos da mucha información sobre el grado de oxigenación, se valorará los labios, las palmas de manos y piel, las córneas y el color de las mucosas de la boca (7).

Según la evidencia científica basada en este trabajo la hipertermia en el parto se encuentra asociada a efectos adversos en el neonato, incrementando así el riesgo de mortalidad, y secuelas como estados neurológicos adversos y crisis convulsivas neonatales (3).

El uso de fármacos está indicado cuando hay bradicardia y una insuficiencia deficiente de los pulmones por lo que da lugar a una frecuencia cardíaca por debajo de los 60 latidos/ minuto a pesar de haber realizado una ventilación adecuada y compresiones torácicas, por lo que la utilización de fármacos es aceptable (2):

Adrenalina: se administrar en caso de asistólica o FC menor a 60 latidos/minuto, principalmente por vía venosa (umbilical) lo antes posible y si no hubiera otro acceso se utiliza la vía endotraqueal. Se obtiene una mejor distribución del fármaco por vía aérea.

Bicarbonato sódico: se usa en paradas cardíacas prolongadas, en bebés prematuros de menos de 32 semanas se debe evitar administrarlo excepto en situaciones excepcionales y se administra lentamente por el riesgo de hemorragia intracraneal.

Naloxona: antes de su administración el neonato debe de recuperar la FC y el color con la ventilación. No se debe dar naloxona a un recién nacido de una madre adicta a opiáceos por un posible cuadro de abstinencia grave.

Epinefrina: se debe de administrar por vía venosa, está indicado cuando la FC cardíaca no sube de los 60 latidos/ minuto y aunque la ventilación sea del 100%

y se hayan hecho compresiones torácicas.

Expansores de volumen: su uso es debido a un sangrado o sospecha del mismo y la FC no haya mejorado con las medidas terapéuticas anteriores. A los recién nacidos pretérminos no se aconseja su uso, ya que tienen riesgo de sufrir una hemorragia intraventricular.

La reanimación cardiopulmonar (RCP) presenta importantes aspectos éticos y están basadas en los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia distributiva (5).

En los neonatos la información irá dirigida a los padres o tutores legales, así serán ellos los que tomen las decisiones. En casos de emergencia el médico puede actuar de manera autónoma y luego exponer el caso ante el juez.

La decisión de no realizar una RCP a un neonato puede ser la prematuridad extrema con una edad gestacional inferior a 23 semanas y menos de 400 gramos de peso, a menos que se encuentre con mucha vitalidad para su edad gestacional. En casos donde se encuentren anomalías congénitas incompatibles con la vida antenatal o tras iniciar la RCP se afirma mediante diagnóstico una enfermedad incurable. Además, si la frecuencia cardíaca no se detecta después de 10 minutos de reanimación se debe considerar suspender el apoyo ventilatorio, sin embargo, la decisión de seguir con las compresiones debe de ser individualizada (1).

5 Discusión-Conclusión

Basando el trabajo en la evidencia científica de varios estudios de investigación con la finalidad de conocer por diferentes profesionales sanitarios el tema que corresponde este trabajo, así como indagar sobre un protocolo tan importante como es la reanimación neonatal.

La importancia de mantener una temperatura adecuada entre 36,5°C y 37,5°C en recién nacidos sin asfixia ha supuesto un descenso en la mortalidad y morbilidad. Se debe de registrar la temperatura, ya que es un indicador de calidad. El mantenimiento de la temperatura en recién nacidos de menos de 32 semanas ha sido efectivo para reducir drásticamente la hipotermia usando gases respiratorios calentaos humidificados, manta térmica, aumentar la temperatura de la sala.

Realizar una evaluación de la FC en recién nacidos que necesiten reanimación se sugiere que el electrocardiograma pueda ser usado para realizar una estimación rápida y exacta de la frecuencia cardíaca.

Una parte importante en el proceso de la reanimación es la correcta documentación de este. Siempre que sea posible se debe realizar con la máxima exactitud, aunque la calidad de estos registros tiende a ser mejorable. En ellos deben

de incluir tiempos exactos, registro de la SpO₂, registro de las constantes vitales, junto con el test de Apgar a los 5 minutos por su elevado valor predictivo en la estabilización. Se propone el uso de plantillas, registros estándares en papel u otros soportes.

La monitorización de la función respiratoria estima el volumen total de ventilación, agilizando la toma de decisiones, también usando un ecógrafo pulmonar aumenta la calidad de la maniobra de reanimación durante la ventilación. Aunque estas herramientas muestran una ayuda y mejoría en la calidad de la RCP se encuentran en revisión de la evidencia pendiente.

La manera más eficiente de reducir la mortalidad en parada cardiorrespiratoria neonatal es la formación en RCP a los profesionales sanitarios, a la investigación y por último a la población general. La investigación en la RCP plantea temas legales y éticos, ya que el fracaso de la medicación o de un fármaco podría suponer la muerte al paciente.

No pueden trasladarse la práctica de la investigación de animales a ensayos clínicos en emergencias vitales. Para facilitar la distribución y la valoración de los estudios realizados de RCP de científicos internacionales se han publicado las normas llamadas "estilo Utstein".

Por último, si la prioridad es aumentar la supervivencia, la RCP se debe de realizar en el momento adecuado por profesionales experimentados, sin embargo, para el personal menos experimentado esto puede impedir su aprendizaje en RCP, por ello es fundamental realizar la formación necesaria en el personal simulando situaciones reales y usando maniqués.

6 Bibliografía

1. Linares, R. A. Z. (2018). Conocimientos y Práctica de Reanimación Neonatal de Enfermeras de Neonatología del Hospital Regional Docente Cajamarca. *Revista Médica-Científica CAMbios HECAM*, 17(2), 65-70.
2. Montero Vizcaíno, Y., Izquierdo Santa Cruz, M., Vizcaíno Alonso, M. D. C., & Montero Vizcaino, Y. Y. (2017). Conocimiento del manejo práctico de fármacos en Enfermería. Servicio de reanimación neonatal. Hospital Ginecobstétrico Guanabacoa. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 16(5), 832-838.
3. Ramírez Villegas, T., & Sirias Wong, I. (2020). Prevalencia de lesiones neurológicas en niños y niñas sometidos a reanimación neonatal en America, 2018.
4. Ceriani Cernadas, J. M. (2021). Ligadura del cordón umbilical en recién nacidos prematuros. *Arch. argent. pediatr*, e315-e321.

5. Urda, L. C., & Elízaga, I. V. (1979). Síndrome de adaptación del recién nacido. Reanimación neonatal. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 17-27.
6. Chilipio-Chiclla, M. A., Fiestas-Requena, K. N., & Santillán-Árias, J. P. (2019). Factores materno-perinatales de riesgo para Apgar bajo en neonatos a término de un hospital EsSalud. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*, 4(4), 19-26.
7. Ruiz Narváez, L. A. (2018). Sistema de telemedicina para monitoreo continuo de constantes vitales en lactantes menores para evitar el síndrome de muerte súbita (Bachelor's thesis, Universidad Técnica de Ambato. Facultad de Ingeniería en Sistemas, Electrónica e Industrial. Carrera de Ingeniería en Electrónica y Comunicaciones).

Capítulo 90

LA DETECCIÓN PRECOZ DE INTOXICACIONES EN URGENCIAS Y EL PAPEL DE ENFERMERÍA

ESTHER NAVARRO GÓMEZ

FLORENTINA DIANA LAMBRU

VIRGINIA TAJUELO FLORES

ANA TRUEBA GONZÁLEZ

ESPERANZA CARCHANO ALCARAZ

1 Introducción

Si atendemos a la fisiopatología que engloba a las intoxicaciones es muy extensa, todo esto emana de la vertiente de que según el tóxico a tratar afectará a un sistema u otro del organismo (1),

Sin embargo, a efectos meramente prácticos se hace necesario realizar una distinción clara de las intoxicaciones que requieren una atención inmediata en la sala de críticos, tales como los cáusticos u opiáceos cuyos márgenes de tiempo en la actuación se van directamente proporcionales a la gravedad de las consecuencias, tornándose en ocasiones irreversibles (4).

Centrado en el ámbito de las drogas, sobre todo las de abuso que con mucha frecuencia originan intoxicaciones por sobredosis, destacan las benzodiacepinas y sobre todo los opiáceos. Su peligro nace del poder depresor respiratorio, siendo

el cuadro típico que se presenta en el marco de urgencias, donde lo primero que se observa a la recepción de un paciente con una sobre-medicación es un coma con bradipnea o apnea y miosis (2).

A pesar de la corta vida que tienen este tipo de medicamentos, la importancia de su control y precocidad en detectar que la intoxicación se ha producido por alguno de ellos se torna vital. Por esta razón hemos seleccionado la temática de la revisión bibliográfica que vamos a realizar, para ver las ventajas de la detección precoz de la intoxicación por la sobredosis de opiáceos, sino también de las pruebas complementarias y el tratamiento de dicha intoxicación (5).

2 Objetivos

1. Identificar precozmente la intoxicación por opiáceos en urgencias.
2. Determinar las manifestaciones clínicas de las intoxicaciones.
3. Conocer el abordaje de la intoxicación.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva, en múltiples bases de datos. Dentro de estas, destacan la búsqueda en PubMed, Scielo, Cuiden y Cuiden Plus. Inicialmente, se dieron búsquedas simples, lo que proporciona hasta 2350 resultados, en castellano. Sin embargo, esto no aportaba gran especificidad a la investigación, por lo que se decidió optar por la realización de búsquedas avanzadas, empleando filtros en base a las necesidades que presentamos, como aportar datos lo más recientes posibles en cada base de datos, que fuesen artículos indexados, de mayor relevancia a nivel de la comunidad científica, dotando así de una base científica al mismo.

Con este objetivo, en las búsquedas se emplearon los siguientes descriptores: “intoxicación”, “opiáceos”, “poisoning”, en aquellas búsquedas realizadas en inglés, y “tratamiento”, atendiendo a aquellas búsquedas realizadas en inglés, con el conector “AND”.

De todos los artículos obtenidos, se seleccionaron aquellos artículos de los últimos 5 años, concretamente aquellos fechados de 2017 en adelante, y se excluyó todo aquello que no se ajustase a los requerimientos de búsqueda y filtros específicos. Además, con el objetivo de acotar aún más nuestra búsqueda, nos hemos centrado en PubMed, y en los términos “intoxicación”, “opiáceos”, “poisoning”.

4 Resultados

Al hablar de opiáceos, atendemos a un grupo de sustancias, derivados de la planta *Papaver Somniferum* que desarrollan su acción sobre los receptores opiáceos orgánicos. Dentro de ellos, hallamos una clasificación en naturales, semi-sintéticos y sintéticos, cuyo consumo es bastante asequible al ser posible su administración por múltiples vías y el empleo de los mismos para el tratamiento de multiplicidad de patologías (1).

Su papel como herramientas de amplio uso en el control del dolor, en sus diferentes orígenes, va ligado a la manifestación de una alta dependencia, un gran poder adictivo, que nos lleva a presenciar situaciones en las que el paciente, en ocasiones tras largos períodos de tratamiento y en otras no tan prolongados, llega a puerta de urgencias bajo la presentación de intoxicaciones agudas por el abuso de altas dosis, lo que puede suponer un compromiso para la vida del paciente, además de constituirse como una gran amenaza en cuanto a su estado de salud en general (3).

El efecto que a nivel orgánico estas sustancias provocan, se desarrolla, fundamentalmente, en sistema nervioso central, concretamente en los receptores μ , creando procesos de somnolencia, modificación del estado de ánimo, depresión a nivel de los músculos respiratorios, supresión del peristaltismo digestivo, con sus consecuentes vómitos o náuseas y alteraciones del sistema nervioso y endocrino. Fue desde la presentación del DSM-IV, cuando se comienza a activar una alerta por el abusivo consumo de opiáceos en la sociedad. Del mismo modo, es esta guía la que nos presenta como una intoxicación por opiáceos es detectable, tanto de forma subjetiva como de forma objetiva y sustentada en pruebas diagnósticas, que desarrollaremos posteriormente (1)

Bajo este contexto teórico, es bajo el que se inspiró el desarrollo de esta revisión bibliográfica, a partir de la que se busca una precoz detección de este tipo de intoxicaciones, tratando de reducir la morbimortalidad que al consumo de opiáceos se asocia y sustentando científicamente como el mismo afecta a la salud, no solo individual, sino comunitaria.

A modo de pincelada, hay que destacar que debemos comenzar a sospechar de una posible intoxicación ante exagerados cambios en la vida de la persona, tanto a nivel psicológico como clínico, apatía, disforia, agitación excesiva o inhibiciones psicomotoras. Por otro lado, atenderemos a la presencia de signos y síntomas clínicos tales como la miosis, somnolencia o coma, dificultad a la hora de hablar, deterioro cognitivo... Descartando que se asocien a otras enfermedades (2)

Dentro de la aparición de las intoxicaciones agudas en los pacientes, la depresión

respiratoria se constituye como el más potente y grave síntoma a manifestar, ya que puede derivar en un proceso letal.

En cuanto a las manifestaciones clínicas que presentan los pacientes al ingreso, podemos destacar entre otros la bradicardia o taquicardia, la hipertensión o hipotensión, la midriasis y miosis, el prurito generalizado en la piel y las consecuentes lesiones, la visión doble o borrosa, sensación de fatiga asociada a la falta de aire, dolores abdominales e incontinencias y una dificultad muy llamativa de realizar movimientos motores complejos, pero también simples (1,2).

Los motivos que generan la intoxicación con este tipo de sustancias, si hablamos de sobredosis auto-administrada, sabedor de las consecuencias suele tener su raíz en problemas económicos o familiares en la mayoría de los casos. La escolarización suele ser media/baja y su ubicación social está dentro del casco urbano. La explicación que resulta del análisis es la accesibilidad a estos opiáceos sin ningún tipo de prescripción médica y la venta no regularizada por las farmacias. La reiteración de atención en el bloque de urgencias de los distintos hospitales a consecuencia de esta intoxicación exige un esfuerzo por parte de la administración para paliar este problema o como mínimo reducirlo con ayuda de un profesional de la salud mental (2).

En cuanto al manejo por parte del personal de enfermería en urgencias con la llegada de este tipo de intoxicaciones, encontramos (4)

La tríada clínica clásica del síndrome (coma, miosis y depresión respiratoria) es común a todos los productos de este género y por ello, se recurre de una forma casi protocolaria a la Naloxona como reversor más universal y conocido.

Vigilancia y control de la evolución del paciente de una forma directa pero también indirecta o monitorizada, según requieran las necesidades del intoxicado.

Los tratamientos van encaminados además, en la búsqueda de una adecuada ventilación del paciente a través de asegurar una vía aérea permeable, y efectiva.

En España, con una sanidad pública de cobertura universal muy avanzada, no estamos exentos a ellos. Parece claro que se deben generar los mecanismos de control necesarios para evaluar los resultados de los tratamientos aplicados a nuestros pacientes. Nos consta que para ello las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias están trabajando a un ritmo elevado, pero precisan de un mayor desarrollo en sus capacidades de seguimiento de los resultados médicos y sociales a largo plazo, en las tecnologías aprobadas (medicamentos e instrumentales) después de ser aplicadas en estos pacientes (2).

Actualmente, el empleo de los opiáceos está muy liberalizado en nuestro país. Esto remarca el análisis de los grandes costes sanitarios imputables al uso de opiáceos que se generan como consecuencia de esos gastos. Que se sepa o

se conozca, no hemos podido averiguar las cifras de coste-efectividad o coste-utilidad del uso de estos fármacos (3).

5 Discusión-Conclusión

Las conclusiones que extraemos de esta revisión bibliográfica, es la objetivación del opioide en el ámbito del dolor eminentemente, con las consecuencias de algunas de sus variantes en la autoadministración, o sobredosificación no controlada. Existe una consideración común de ideales sobre los conocimientos básicos que hay que tener sobre el oxígeno cerebral y las fluctuaciones fisiológicas que intervienen en la regulación de este a su llegada al cerebro, en situaciones de urgencia dentro del entorno intrahospitalario (4).

Siempre se presenta o discute acerca de los datos relacionados con el rango de las dosis, desde bajas, con menos consecuencia fatales, hasta altas que vienen de la mano de una autoadministración exagerada.

Además, como método recomendado ante una intoxicación de este tipo, coincidiendo con los textos en los que nos hemos apoyado, el carbón activado es el método más recomendado para el tratamiento de las intoxicaciones medicamentosas. Por esta razón, es de vital importancia formar a los profesionales sanitarios y generar algoritmos para un uso correcto de esta técnica. Por ejemplo, el personal sanitario debe saber que para usarlo debe de haber pasado menos de 2 horas desde su ingestión (5).

6 Bibliografía

1. Carrera, M. A. V., Correa, S. M. V., Prado, M. M. C., & Granados, K. P. M. (2019). Manejo de intoxicación por opioides. *RECIMUNDO*, 3(4), 494-510.
2. Supervía, A., Fortea, R., Petrus, C., Gallardo, P., Clemente, C., & Marín-Casino, M. (2021). Estudio comparativo de las visitas a urgencias por intoxicaciones por opiáceos en dos periodos. *Farmacia Hospitalaria*, 45(5), 258-261.
3. Vera Gonzalez, A. E., & Cabrera Cabrera, D. M. (2017). Cuidados de Enfermería en Atención directa a los pacientes intoxicados con heroína (h) en el Centro de Información y Asesoramiento toxicológico ciatox Guayaquil (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil-Ciencias Médicas-Carrera de Enfermería).
4. Rodríguez Fernández, L. D. L. N. (2023). La enfermera como figura fundamental en la atención al paciente con intoxicación aguda en urgencias. Una revisión sistemática.
5. Pereira González, S. (2021). Uso de antídotos en intoxicaciones agudas.

Capítulo 91

FIABILIDAD DE LOS SISTEMAS DE PUNTUACIÓN DE LA SEPSIS Y PAPEL DE ENFERMERÍA

CARLOS VERA HERVÁS

CARMEN MARÍA BRAVO FERNÁNDEZ

ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO

LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA

MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO

1 Introducción

Desde el principio de nuestros días, las enfermedades infecciosas han sido un gran problema, además de un gran desafío para la humanidad. La Campaña Sobrevivir a la Sepsis (SSC) se inició en 2002, desde entonces se ha dedicado a mejorar la atención a los pacientes con sepsis. Las directrices que formuló la SSC, con ayuda de la Sociedad de Medicina de Cuidados Críticos y la Sociedad Europea de Medicina de

Cuidados Intensivos, simboliza el modelo aceptado actualmente para atender a los pacientes con sepsis.

Es muy normal que un paciente con una sepsis acabe muriendo, pues es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en el mundo. Se definía como un

síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) a la infección. El problema es que no hay indicadores de imagen, bioquímicos o clínicos para diagnosticar esta situación. Además, la baja especificidad del SRIS, hizo que se definiera como una disfunción orgánica potencialmente mortal resultante de respuestas desreguladas del huésped a la infección, con la puntuación de la Evaluación de Insuficiencia Orgánica Secuencial (SOFA) evaluando el grado de disfunción orgánica.

Las directrices que se publicaron en 2016, dieron una definición actualizada de la sepsis: disfunción orgánica potencialmente mortal causada por una respuesta desregulada del huésped a la infección, por lo que se produce un fallo multi-orgánico potencialmente fatal debido a la respuesta desregulada del cuerpo a un proceso infeccioso. Esta respuesta inflamatoria puede ir desde una gran manifestación descontrolada y desmesurada de la actividad proinflamatoria, con una presentación clínica que puede ser mas o menos intensa, pudiendo llegar a ser incluso nula, como en paciente inmunodeprimidos, en los que se puede observar una presentación clínica silenciosa.

A menos que se diagnostique y trate a tiempo, la sepsis puede provocar shock séptico, insuficiencia orgánica múltiple y muerte. El shock séptico puede definirse como un subconjunto de sepsis en el que las anomalías circulatorias y celulares/metabólicas subyacentes son lo suficientemente profundas como para aumentar la mortalidad a pesar de los esfuerzos, sigue siendo una de las principales causas de muertes en países en vía de desarrollo y subdesarrollados.

Hay gran interés en la detección rápida de la sepsis en las urgencias, dado el beneficio de la intervención temprana. Una intervención temprana es fundamental para empezar a tratar cualquier enfermedad que tenga una gran capacidad de llegar a ser mortal, como pudiera ser un paro cardíaco, un infarto... La diferencia entre estas enfermedades y la sepsis, es que el diagnóstico de la sepsis suele ser más complejo, además de no haber una prueba, predictor o herramienta confiable.

El tiempo en el tratamiento de la sepsis es fundamental. La actuación precoz a la vez que agresiva contra este, es fundamental para la supervivencia. Sabiendo de antemano, que las capacidades de las UCI suelen ser limitadas, una correcta estratificación en urgencias es fundamental para valorar si un paciente debe ir a la UCI o puede ser atendido en una sala general.

A lo largo de los años, se ha ido demostrando que la sepsis, es una prioridad de salud global. Es una patología que no tiene un tratamiento farmacológico com-

probado, aparte de los diferentes agentes antibióticos, líquidos y vasopresores, que se administran según sean necesarios.

Se ha demostrado que las bacterias son las principales culpables de la sepsis causada por infección. Las guías recomiendan la evaluación secuencial de insuficiencia orgánica como un instrumento importante para el diagnóstico precoz. Las infecciones gastrointestinales, respiratorias, genitourinarias y de la piel y los tejidos blandos son las causas más habituales de sepsis. Dentro de estas, la neumonía es la causa más común.

La sepsis afecta de una manera notablemente desigual a las poblaciones que, tanto socialmente como económicamente son más desfavorecidas. La gran mayoría de las muertes que se producen por sepsis, se pueden prevenir siempre y cuando haya una detección y un tratamiento tempranos. Es una enfermedad tiempo-dependiente.

La sepsis se inicia de primeras con una infección, que puede ser causada por bacterias, virus, parásitos u hongos. Los microbios bacterianos son los organismos causantes más comunes de sepsis.

A pesar de que, en los últimos 20 años, ha habido grandes avances científicos, el manejo de esta enfermedad sigue prácticamente sin cambios. Lo que si ha cambiado han sido los diferentes paquetes de intervenciones que deben completarse dentro de un espacio de tiempo definido. Desafortunadamente, el diagnóstico no siempre es fácil, ya que los pacientes pueden presentar una sintomatología muy variada, es capaz de semejarse a muchas otras condiciones, como signos vitales, hallazgos, de examen físicos o medidas básicas de laboratorio, y no todos los profesionales de la salud son capaces de identificar esta enfermedad.

Las terapias que conocemos para la sepsis incluyen tratarla con antimicrobianos apropiados y tempranos, estrategias para lograr tener una presión arterial buena, como reanimación con líquidos; función miocárdica, niveles de glucosa y control de los focos infecciosos.

El éxito de conseguir un buen diagnóstico temprano depende también, en parte de que los resultados de la evaluación clínica y del laboratorio salgan con rapidez.

Los valores de troponina y lactato pueden ser especialmente difíciles de interpretar en pacientes gravemente enfermos, ya que ambos pueden estar elevados en sepsis o en una variedad de afecciones cardíacas. Los nuevos biomarcadores no han resuelto este dilema diagnóstico. Aunque se han identificado y probado más

de 30 biomarcadores de sepsis, ninguno ha demostrado ser digno de uso clínico rutinario.

Se utilizan diferentes sistemas de puntuación para detectar la sepsis, estos se basan en parámetros vitales. Estos parámetros clínicos deberían estar limitados para que fueran útiles en servicios de urgencias, para evaluar de manera rápida y eficaz la gravedad de la enfermedad. Se han validado sistemas de puntuación clínicas diferentes para su utilización en situaciones de urgencias, como Evaluación secuencial rápida de insuficiencia orgánica (qSOFA), la puntuación de Mortality in Emergency Department

Sepsis (MEDS) y a Puntuación nacional de alerta temprana (NEWS).

Estos sistemas de puntuación se basan en evaluar parámetros vitales anormales. Es preciso destacar que hay veces que cuando los parámetros son anormales, el paciente esté en una situación grave de sepsis.

Los biomarcadores ayudan a que en las primeras etapas de la sepsis, aunque aún no estén anormales los parámetros, poder detectar la enfermedad. Por lo tanto, añadir ciertos biomarcadores a los sistemas de puntuación clínica podría mejorarlos.

Por todo lo anteriormente descrito, considero que la detección y el abordaje precoz de la sepsis pasa por la utilización de herramientas que contribuyan a disminuir la morbi-mortalidad, siendo el papel de los profesionales de enfermería clave para el éxito de este tipo de protocolos.

2 Objetivos

El objetivo principal es:

- Evaluar las características de las escalas que disponemos para diagnosticar a un paciente con una posible sepsis.

Objetivos secundarios:

- Describir la fiabilidad de los instrumentos para diagnosticar la sepsis.
- Describir el papel de enfermería en la detección precoz.
- Aprender la utilización y la aplicación de las diferentes escalas para diagnosticar a un paciente con sepsis.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica entre diciembre 2022 y enero de 2023 sobre las diferentes herramientas que existen para poder diagnosticar a un paciente de sepsis de manera rápida.

La búsqueda se realizó consultando las siguientes bases de datos: PubMed, Cochrane Library y Scopus. También se realizó búsquedas en internet con ayuda del Google Académico.

Los tesauros utilizados fueron la base Descriptores en Ciencias de la Salud (DeSC) y el Medical Subjects Headings (MeSH), en los idiomas inglés y español. Se utilizaron los booleanos “OR” y “AND”.

Para llevar a cabo la búsqueda de estudios originales se empleó la siguiente estrategia de búsqueda:

- (sepsis[MeSH Terms]) AND (((roc curve[MeSH Terms]) AND ("organ dysfunction scores"[MeSH Terms])) OR ("nursing"[MeSH Terms]))

Dado que el campo de estudio es un tema novedoso, se decidió reducir la búsqueda de literatura a una fecha de publicación de no más de 10 años de antigüedad.

Los criterios de inclusión fueron los artículos que trataran sobre el uso de diferentes cuestionarios para el diagnóstico de la sepsis en servicios de urgencias o de cuidados intensivos, también se incluyeron artículos que fuesen revisiones sistemáticas y estudios de validación.

Los criterios de exclusión fueron artículos que no estuvieran a texto completo, que fueran meta-análisis, revisiones, ensayo controlado aleatorizado o ensayos clínicos, que no fueran en inglés o español, con una antigüedad superior a 10 años y que no tuvieran que ver con el objetivo del estudio.

Tras haber sido empleada la estrategia de búsqueda se prosiguió realizando una recopilación de los artículos en tres fases. Primero, se descartaron artículos, cuyos títulos no tuvieran relación con el tema elegido, mediante una rápida lectura de estos.

Ulteriormente, se realizó un segundo descarte de los artículos, tras la lectura del resumen de cada uno de ellos, ya que el objetivo de estos no tenía relación con el propósito del estudio. Por último, tras una lectura completa de los artículos seleccionados en la fase anterior, se escogieron aquellos que cumplieran con los

criterios de inclusión y no los de exclusión.

Los resultados obtenidos fueron artículos que versaban sobre la utilización un determinado cuestionario a la hora de diagnosticar a un paciente con sepsis, es decir, la fiabilidad de las escalas utilizadas, por lo tanto, las variables a analizar son la sensibilidad y la especificidad agrupadas para predecir la mortalidad y la gravedad de la enfermedad.

4 Resultados

ESCALA SIRS

En 2016, se publicó el tercer consenso internacional sobre sepsis y shock séptico, tras él, el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) desapareció de la definición, quedando de esta manera desligada de la sepsis. Este consenso incluyó un comité de 19 expertos de las Sociedades de Cuidados Intensivos de América del Norte y Europa y partió con la idea de que, hasta la fecha, no existen pruebas diagnósticas validadas para sepsis (entendida como síndrome), SIRS mostró baja validez discriminatoria (falsos positivos) y baja validez convergente (falsos negativos), y se necesita una herramienta más operativa a la par que práctica para distinguir las infecciones no complicadas de la verdadera sepsis.

Para que un paciente sea diagnosticado con sepsis según este cuestionario debe cumplir dos o más de los algunos de los siguientes criterios:

- Temperatura; $>38^{\circ}\text{C}$ ($100,4^{\circ}\text{F}$); $<36^{\circ}\text{C}$.
- Frecuencia cardíaca; >90 latidos por minuto.
- Frecuencia respiratorio; >20 latidos por minuto o $\text{PaCO}_2 < 32\text{ mmHg}$.
- Recuento de leucocitos; $>12.000/\text{mcL}$ ($12 \times 10^9/\text{L}$); $< 4.000/\text{mcL}$ ($4 \times 10^9/\text{L}$) o $>10\%$ de formas inmaduras (en banda).

En los resultados de algunos artículos podemos encontrar que la mediana de duración de la estancia hospitalaria fue de 22 días (intervalo, 12,5–35 días); fue de 22 y 20 días en las cohortes SIRS-positivo y -negativo, respectivamente. Sin embargo, la tasa de shock séptico en pacientes con sepsis fue mayor en la cohorte SIRS positiva que en la SRIS negativa. No se evidenció una tendencia creciente de mortalidad hospitalaria con el aumento de las puntuaciones SIRS ($p>0,05$). Esto fue válido tanto para las cohortes SIRS-positivo como para -negativo. Sin embargo, la distribución de la mortalidad hospitalaria fue mayor en los subgrupos de pacientes con shock séptico que en los subgrupos de pacientes con sepsis.

El desempeño de la curva ROC para los criterios SIRS nos muestra AUROC=0,547, con una sensibilidad 60% y especificidad 49,5% para el ingreso en UCI y un AUROC=0,573, una sensibilidad 66,7% y especificidad 47,9% para la mortalidad hospitalaria. En otro estudio el desempeño de la curva ROC para los criterios SIRS nos muestra un resultado diferente AUROC=0,556, con una sensibilidad 63% y especificidad 51,2% para el ingreso en UCI y un AUROC=0,596, una sensibilidad 67,1% y especificidad 49,6% para la mortalidad hospitalaria.

ESCALA SOFA

El Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) se creó en 1994 por un consenso de la Society of Intensive Care Medicine, posteriormente, fue revisado en 1996. Es un sistema de medición de fallo orgánico múltiple de seis disfunciones orgánicas. Cada órgano se clasifica de 0 (normal) a 4 (el más anormal), proporcionando una puntuación diaria de 0 a 24 puntos.

La definición de sepsis según las pautas de SEP-3 se definió por un aumento de la puntuación SOFA ≥ 2 puntos, y se asumió que la puntuación SOFA basal era cero en pacientes que no se sabía que tenían disfunción orgánica preexistente.

El desempeño de la curva ROC para los la escala SOFA nos muestra un AUROC = 0,513, una sensibilidad 44,0% y especificidad 58,6% para el ingreso a UCI y un AUROC = 0,627, una sensibilidad 66,7% y especificidad 58,7% para la mortalidad hospitalaria. En otro estudio el desempeño de la curva ROC para los la escala SOFA nos muestra unos datos distintos un AUROC = 0,513, una sensibilidad 51,2% y especificidad 55% para el ingreso a UCI y un AUROC = 0,658, una sensibilidad 69% y especificidad 63,5% para la mortalidad hospitalaria.

ESCALA APACHE II

El Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE II) es uno de los sistemas de pronóstico utilizados habitualmente en terapia intensiva. Es la escala de referencia para el pronóstico de la mortalidad hospitalaria en unidades especiales como UCI, porque tiene una gran evidencia en unidades críticas médicas y quirúrgicas intensivas, es sencilla de calcular, además está basada en variables fisiológicas.

Es una forma común de evaluar la condición y el pronóstico de pacientes, pero necesita un método de cálculo complejo y un largo tiempo de cálculo, lo que puede afectar el tratamiento efectivo temprano de los pacientes.

APACHE-II se basa en 12 medidas fisiológicas, que incluyen signos vitales (pre-

sión arterial media, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura y puntuación de coma de Glasgow), análisis de sangre venosa (hematocrito, recuento de glóbulos blancos [WBC], potasio, sodio y creatinina sérica) y 2 análisis de sangre arterial (pH sérico y PaO₂). Su rango de puntuación está entre 0 y 72, donde las puntuaciones más altas indican una enfermedad más grave y un mayor riesgo de mortalidad.

El desempeño de la curva ROC para los la escala APACHE II nos muestra un AUROC = 0,73, con una sensibilidad del 85% y una especificidad del 80 % para la mortalidad. Los pacientes con un valor de APACHE II ≥ 12 presentaron significativamente mayor mortalidad intrahospitalaria.

ESCALA MEWS

La escala Modified Early Warning Score (MEWS), fue denominado como tal en el año 2001. Fue diseñado originalmente para las enfermeras. Algunos estudios indicaron en su algoritmo que una puntuación de 3 o más, indicaba un aviso inmediato al facultativo. Lisa Sabir, en su estudio, muestra con una puntuación del MEWS ≥ 4 . Con una puntuación de 4 a 14 los pacientes tienen un alto riesgo de muerte o la admisión a una unidad de cuidados intensivos.

Esta escala se basa en la medición de 5 variables: el nivel de conciencia, que es valorada gracias a la puntuación AVPU (A para “alerta”, V de “reacciona a los estímulos verbales”, P para “dolor”, U de “inconsciente”). la frecuencia cardíaca (FC) y respiratoria (FR), la presión arterial sistólica (PAS) y la temperatura (T^a).

El desempeño de la curva ROC para los criterios MEWS nos muestra AUROC=0,665, con una sensibilidad 56,4% y especificidad 66,5% para el ingreso en UCI y un AUROC=0,661, una sensibilidad 46,5% y especificidad 72,1% para la mortalidad hospitalaria.

ESCALA NEWS

En el Reino Unido, se creó la Early Warning Scores (EWS), posteriormente a partir de unas recomendaciones en el 2007 por medio del “Royal College of Physicians” se pensó en estandarizar este proceso. Más tarde, en el año 2012, se creó un comité mediante el cual se ocasionó el score NEWS o “National Early Warning Score”.

La escala NEWS se basa en seis parámetros clínicos. Los parámetros utilizados en la escala se basan en las recomendaciones que aportan los miembros del grupo de desarrollo del National Institute for Health and Care Excellence, NICE. Estas

variables son: la frecuencia respiratoria (FR) y cardíaca (FC), nivel de conciencia (AVPU), la saturación de oxígeno (SatO₂%), temperatura y la presión arterial sistólica

(PAS). A cada uno de ellos se les asignó un valor del 1 al 3. Los pacientes que sumen una puntuación superior a 3 se les considera que tienen una mayor probabilidad de muerte o de ingreso en la unidad de cuidados intensivos.

El desempeño de la curva ROC para los criterios NEWS nos muestra AUROC=0,72, con una sensibilidad 72,3% y especificidad 49,6% para el ingreso en UCI y un AUROC=0,732, una sensibilidad 77,1% y especificidad 65,2% para la mortalidad hospitalaria.

ECALA qSOFA

La escala Quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA). El puntaje qSOFA es un puntaje simplificado basado en el puntaje SOFA, que se dice que es más preciso que el SOFA en departamentos fuera de la unidad de cuidados intensivos (UCI).

El qSOFA consta de tres parámetros:

- Presión arterial sistólica baja (≤ 100 mmHg).
- Taquipnea (≥ 22 / minuto).
- Estado mental alterado (Escala de coma de Glasgow (GCS) < 15 / AVPU $<$ Alerta).

El qSOFA es una herramienta de clasificación utilizada para la identificación rápida de pacientes con sepsis en los departamentos de emergencias.

El desempeño de la curva ROC para los criterios qSOFA nos muestra AUROC=0,64, con una sensibilidad 52,3% y especificidad 67,5% para el ingreso en UCI y un AUROC=0,674, una sensibilidad 56% y especificidad 70,3% para la mortalidad hospitalaria. En otro estudio el desempeño de la curva ROC para los la escala qSOFA nos muestra unos resultados diferentes, con un AUROC = 0,52, una sensibilidad 4% y especificidad 100% para el ingreso a UCI y un AUROC = 0,504, una sensibilidad 0% y especificidad 99,2% para la mortalidad hospitalaria.

ESCALA pSOFA o qSOFA AJUSTADO A LA EDAD

El SOFA y el qSOFA mostraron un mejor rendimiento pronóstico que los criterios de sepsis anteriores entre pacientes adultos en diversos entornos clínicos. Sin embargo, los criterios SEPSIS-3 fueron desarrollados y validados para pacientes adultos y no consideraron variables fisiológicas dependientes de la edad.

La escala pSOFA se ha creado mediante la modificación de la escala qSOFA. Es un sistema de puntuación que tiene tres criterios distintos, con los que si se cumplen dos o más criterios se consideraría positivo:

- Temperatura mayor de 38,5°C o menor de 35°C.
- Taquicardia o bradicardia (valores ajustados a la edad).
- Taquipnea (según rango de edad) no relacionada con enfermedad neuromuscular o anestesia.

El desempeño de la curva ROC para los criterios pSOFA nos muestra AUROC=0,786, con una sensibilidad 73,1% y especificidad 72,4% para el ingreso en UCI y un AUROC=0,674, una sensibilidad 72,9% y especificidad 62,6% para la mortalidad hospitalaria.

El primer contacto de los pacientes que acuden a urgencias se produce con el triaje de enfermería, por ello es imprescindible que el personal enfermero conozca las herramientas necesarias para detectar la sepsis en el momento de llegada.

Es una enfermedad denominada como tiempo-dependiente, por lo tanto, es fundamental que los profesionales tengan unos buenos conocimientos para la detección precoz de la enfermedad, ya que tendrán unos efectos positivos para el pronóstico de los pacientes. Aun así, la presencia de enfermería no termina tras la valoración, la enfermería juega un papel fundamental:

- Valoración y estabilización de la vía aérea.
- Monitorización de la saturación capilar (>90%) y saturación central (>70%), frecuencia cardiaca y respiratoria, tensión y temperatura.
- Canalizar dos vías periféricas con un calibre grueso e iniciar la fluidoterapia si ha sido pautada por el médico.
- Monitorizar la diuresis.
- Mantener una PAM > 65 mm Hg.
- Extraer hemocultivos y analítica.
- Administración de antibiótico según resultados de hemocultivo y pauta médica.

5 Discusión-Conclusión

Se realizó una revisión sistemática revisando el rendimiento de diferentes cuestionarios predictores de la sepsis (SIRS, SOFA, qSOFA, APACHE, MEWS, NEWS y pSOFA) para predecir mortalidad y la gravedad de la enfermedad en pacientes sépticos.

La sepsis y el shock séptico son problemas importantes, con alto riesgo de muerte y alto costo médico. La identificación temprana y el tratamiento adecuado mejoran el pronóstico de los pacientes con sepsis, ya que es una enfermedad tiempo-dependiente. Es de gran importancia juzgar la gravedad de la sepsis y guiar el tratamiento.

Ningún sistema de puntuación tiene alta sensibilidad y especificidad para predecir la exactitud de la mortalidad en pacientes con sospecha de sepsis. Estos sistemas de puntuación tienen sus ventajas y desventajas.

Hay que tener en cuenta que cuestionarios como el APACHE, son solo utilizados en UCI, por su demora en la obtención de los resultados y la mayor complejidad del cálculo de su resultado, por lo cual es más precisos a la hora de diagnosticar la posible muerte del paciente o la presencia de la enfermedad. En cambio, otros cuestionarios como el SIRS, qSOFA, MEWS o NEWS, se pueden utilizar tanto en una planta, como en el servicio de urgencias como en UCI, siendo el NEWS el más sensible de todos y el qSOFA el cuestionario con una mayor especificidad.

Los hallazgos encontrados en diferentes artículos, muestran el aumento de los datos que sugieren que la puntuación NEWS es una herramienta de detección útil en el servicio de urgencias, ya sabemos que es una escala utilizada prácticamente solo en el Reino Unido, pero es un instrumento a tener en cuenta por su rapidez y fiabilidad.

El qSOFA, es la escala más utilizada junto con la escala SIRS. Los criterios SIRS, se estudiaron como una herramienta de predicción de la mortalidad y la mayoría de los estudios muestran que un aumento en los ítems SIRS refleja un mayor riesgo de mortalidad. Al crearse el qSOFA, la escala SIRS se dejó de utilizar debido a su baja especificidad.

Según los hallazgos encontrados, podemos observar que el qSOFA muestra la mayor precisión de predicción general de la mortalidad y tiene una alta especificidad. Por lo tanto, qSOFA es de gran valor para predecir la mortalidad o el ingreso a UCI de pacientes con sospecha de sepsis.

Según los artículos obtenido, se puede decir que el sistema de puntuación SIRS exhibió baja especificidad, lo que lo hace poco práctico para el reconocimiento temprano y el diagnóstico de la sepsis, lo que indica una precisión predictiva lenta de SIRS para predecir un mal pronóstico. El cuestionario al no ser lo suficientemente preciso fue creado el qSOFA.

La puntuación SOFA es un índice cuantitativo ampliamente utilizado que puede describir dinámicamente la función orgánica del cuerpo. Es ampliamente utilizado en la clínica para evaluar la disfunción multiorgánica. Es un método para analizar los cambios en la función orgánica de los pacientes a través de los cambios en la puntuación SOFA de los pacientes en 24 horas.

El qSOFA ajustado por edad tuvo un rendimiento moderado para predecir la mortalidad hospitalaria y la gravedad de la enfermedad en pacientes pediátricos. Además del rendimiento superior de la puntuación pSOFA observada en diferentes estudios, la puntuación pSOFA parece ofrecer ventajas adicionales sobre la puntuación SIRS. Requiere menos variables para calcular que la puntuación SIRS. Se puede evaluar diariamente, lo que permite un seguimiento dinámico de la progresión de la enfermedad.

El pSOFA tiene las mismas ventajas que el qSOFA. Es una herramienta de detección para identificar a los pacientes en riesgo, además satisface los requisitos de viabilidad de alta sensibilidad y especificidad.

Al evaluarse el poder discriminativo de la puntuación de predicción del pSOFA para identificar pacientes pediátricos en riesgo mediante el cálculo del AUC, se considera que, un AUC por encima de 0,7 es aceptable y útil. En los resultados, el qSOFA ajustado por edad logró un AUC de casi 0,8 para valorar la gravedad de la enfermedad, lo que indica una discriminación útil para los pacientes pediátricos en riesgo que necesitan una estrecha monitorización y un tratamiento intensivo.

El APACHE es el cuestionario más fiable según los artículos revisados, bien es cierto que es un cuestionario que, tanto por su complejidad, como por tiempo necesitado para la espera de los resultados, suele solo utilizarse en UCI.

Por otro lado, se puede observar como el NEWS es una herramienta más que válida para ser utilizada tanto en una planta como en una situación de emergencias. Es un cuestionario fácil de utilizar y que no necesita de pruebas complementarias. No es un instrumento utilizado en todo el mundo, ya que aún no hay suficientes estudios que demuestren su fiabilidad. Sin embargo, el qSOFA, validado por la SSC como cuestionario para la detección de pacientes sépticos, ha resultado ser también rápido e incluso más sencillo de utilizar que el NEWS, mostrando unos resultados correctos para los pocos estudios realizados.

En cuanto al pSOFA, es una herramienta fácil y rápida, al igual que el qSOFA, pero la persona que vaya a utilizar este cuestionario deberá tener muy claros

cuales son los valores estándares para cada grupo de edad. Es una escala muy fiable tanto por su sensibilidad como por su especificidad.

La mayoría de autores mantienen que es esencial una detección precoz de la sepsis y es ahí, en el ámbito de urgencias, donde se hace importante la figura de enfermería ya que es el primer responsable de la valoración inicial de los pacientes al llegar a este servicio.

Según artículos encontrados, la principal causa de retraso del tratamiento en los pacientes sépticos es que no son debidamente triados a su llegada al servicio de urgencias. En este momento es en el cual, enfermería es el principal responsable.

La función de enfermería no acaba en el triaje, sino que, al paciente séptico se le debe monitorizar, hacer analíticas y hemocultivos, mantenerlo estable... y ser capaces de detectar cualquier cambio que se produzca en el paciente.

Los casos de pacientes sépticos ha aumentado mucho y se ha podido dar por varias razones como la mayor esperanza de vida, inmunosupresión y un aumento de la prevalencia de infecciones causadas por bacterias multirresistentes.

Por todo lo anteriormente descrito, se puede considerar que la detección y el abordaje precoz de la sepsis pasa por la implementación de herramientas más fiables, que contribuyan a disminuir la morbi-mortalidad. Por los resultados obtenidos, se podría incluir en servicios de urgencias el cuestionario NEWS por los buenos resultados que se han observado. No obstante, el papel de los profesionales de enfermería es clave para el éxito de este tipo de protocolos.

6 Bibliografía

1. Garcia PCR, Tonial CT, Piva JP. Septic shock in pediatrics: the state-of-the-art. J Pediatr (Rio J). 1 de marzo de 2020;96:87-98.
2. Oczkowski S, Alshamsi F, Belley-Cote E, Centofanti JE, Moller MH, Nunnally ME, et al. Surviving Sepsis Campaign Guidelines 2021: highlights for the practicing clinician. Pol Arch Intern Med [Internet]. 22 de agosto de 2022 [citado 16 de enero de 2023];132(7-8). Disponible en: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85085215137&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=Surviving+Sepsis+Campaign%3a+guidelines+on+the+management+of+critically+ill+adults+with+Coronavirus+Disease+2019+%28COVID-19%29&sid=eb190f52c28e791e85d4efa46a5201ca&sot=b&sdt=>

- b&sl=136&s=TITLE-ABS-KEY%28Surviving+Sepsis+Campaign%3a+guidelines+on+the+management+of+critically+ill+adults+with+Coronavirus+Disease+2019+%28COVID-19%29%29&relpos=0&citeCnt=519&searchTerm=
3. Srzić I, Adam VN, Pejak DT. SEPSIS DEFINITION: WHAT'S NEW IN THE TREATMENT GUIDELINES. *Acta Clin Croat (Suppl 1)* [Internet]. 2022 [citado 17 de enero de 2023];61:2022. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36304809/>
 4. Gu X, Zhou F, Wang Y, Fan G, Cao B. Respiratory viral sepsis: epidemiology, pathophysiology, diagnosis and treatment. [citado 17 de enero de 2023]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32699026/>
 5. Avni T, Lador A, Lev S, Leibovici L, Paul M, Grossman A. Sepsis: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician* [Internet]. 1 de abril de 2020 [citado 17 de enero de 2023];101(7):409-18. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32227831/>
 6. From the International Pediatric Sepsis Conference 2005 to the Sepsis-3 Consensus. [citado 17 de enero de 2023]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29742230/>
 7. Irene Karampela 1 * and Paraskevi C. Fragkou 2. Future Perspectives in the Diagnosis and Treatment of Sepsis and Septic Shock. [citado 18 de abril de 2023]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35888563/>
 8. Molano Franco D, Arevalo-Rodriguez I, Roqué i Figuls M, Montero Oleas NG, Nuvials X, Zamora J. Plasma interleukin-6 concentration for the diagnosis of sepsis in critically ill adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 30 de abril de 2019 [citado 25 de enero de 2023];2019(4). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011811.pub2/full>
 9. Usman OA, Usman AA, Ward MA. Comparison of SIRS, qSOFA, and NEWS for the early identification of sepsis in the Emergency Department. *American Journal of Emergency Medicine* [Internet]. 1 de agosto de 2019 [citado 18 de enero de 2023];37(8):1490-7. Disponible en: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85056807059&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=Comparison+of+SIRS%2c+qSOFA%2c+and+NEWS+for+the+early+identification+of+sepsis+in+the+Emergency+Department&sid=73b89546a4f6f6597120c7a0296bf355&sot=b&sdt=b&sl=117&s=TITLE-ABS-KEY%28Comparison+of+SIRS%2c+qSOFA%2c+and+NEWS+for+the+early+identification+of+sepsis+in+the+Emergency+Department%29&relpos=0&citeCnt=114&searchTerm=>
 10. Quinten VM, Van Meurs M, Wolffensperger AE, Ter Maaten JC, Ligtenberg JJM. Sepsis patients in the emergency department: stratification using the Clini-

- cal Impression Score, Predisposition, Infection, Response and Organ dysfunction score or quick Sequential Organ Failure Assessment score? *European Journal of Emergency Medicine* [Internet]. 2018 [citado 17 de enero de 2023];25:328-34. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28338533/>
11. Venkatesh B, Finfer S, Cohen J, Rajbhandari D, Arabi Y, Bellomo R, et al. Adjunctive Glucocorticoid Therapy in Patients with Septic Shock. *New England Journal of Medicine* [Internet]. marzo de 2018 [citado 18 de abril de 2023];378(9):797-808. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/central/doi/10.1002/central/CN-01454011/full>
 12. Mawji A, Li E, Komugisha C, Akech S, Dunsmuir D, Wiens MO, et al. Smart triage: Triage and management of sepsis in children using the point-of-care Pediatric Rapid Sepsis Trigger (PRST) tool. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 3 de junio de 2020 [citado 25 de enero de 2023];20(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32493319/>
 13. Sweeney DA, Wiley BM. Integrated Multiorgan Bedside Ultrasound for the Diagnosis and Management of Sepsis and Septic Shock. *Semin Respir Crit Care Med* [Internet]. 1 de octubre de 2021 [citado 18 de enero de 2023];42(5):641-9. Disponible en: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85115641423&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=Integrated+Multiorgan+Bedside+Ultrasound+for+the+Diagnosis+and+Management+of+Sepsis+and+Septic+Shock&sid=5f95f9759c992d5ecf61a4cd337c6f3f&sot=b&sdt=b&sl=115&s=TITLE-ABS-KEY%28Integrated+Multiorgan+Bedside+Ultrasound+for+the+Diagnosis+and+Management+of+Sepsis+and+Septic+Shock%29&relpos=0&citeCnt=4&searchTerm=>
 14. Andriolo BNG, Andriolo RB, Salomão R, Atallah ÁN. Effectiveness and safety of procalcitonin evaluation for reducing mortality in adults with sepsis, severe sepsis or septic shock. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 18 de enero de 2017 [citado 26 de enero de 2023];2017(1). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010959.pub2/full>
 15. Tong-Minh K, Welten I, Endeman H, Hagenaars T, Ramakers C, Gommers D, et al. Predicting mortality in adult patients with sepsis in the emergency department by using combinations of biomarkers and clinical scoring systems: a systematic review. *BMC Emerg Med* [Internet]. 1 de diciembre de 2021 [citado 30 de enero de 2023];21(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34120605/>
 16. Herrejón EP, Del Castillo JG, Rueda FR, González FJC, Artola BS, Teleki A von W, et al. Documento de consenso para la implantación y desarrollo del Código Sepsis en la Comunidad de Madrid. *Revista Española de Quimioterapia* [Internet]. 1 de agosto de 2019 [citado 3 de mayo de 2023];32(4):400. Disponible en:

17. Song JU, Sin CK, Park HK, Shim SR, Lee J. Performance of the quick Sequential (sepsis-related) Organ Failure Assessment score as a prognostic tool in infected patients outside the intensive care unit: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care* [Internet]. 6 de febrero de 2018 [citado 30 de enero de 2023];22(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29409518/>
18. Jaramillo-Bustamante JC, Piñeres-Olave BE, González-Dambrauskas S. SIRS o no SIRS: ¿es esa la infección? Una revisión crítica de los criterios de definición de sepsis. *Bol Med Hosp Infant Mex* [Internet]. 1 de noviembre de 2020 [citado 29 de marzo de 2023];77(6):293-302. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33186343/>
19. Singer M, Deutschman CS, Seymour C, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (sepsis-3). *JAMA - Journal of the American Medical Association* [Internet]. 23 de febrero de 2016 [citado 29 de marzo de 2023];315(8):801-10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26903338/>
20. Zhang W, Zheng Y, Feng X, Chen M, Kang Y. Systemic inflammatory response syndrome in Sepsis-3: A retrospective study. *BMC Infect Dis* [Internet]. 11 de febrero de 2019 [citado 30 de marzo de 2023];19(1):1-10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30744579/>
21. Mak MHW, Low JK, Junnarkar SP, Huey TCW, Shelat VG. A prospective validation of Sepsis-3 guidelines in acute hepatobiliary sepsis: qSOFA lacks sensitivity and SIRS criteria lacks specificity (Cohort Study). *International Journal of Surgery* [Internet]. 1 de diciembre de 2019 [citado 30 de marzo de 2023];72:71-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31678690/>
22. Score para Evaluación de Fallo Orgánico Secuencial (SOFA) – Medical-CRITERIA.com [Internet]. [citado 3 de abril de 2023]. Disponible en: <https://medicalcriteria.com/web/es/utisofa/>
23. Seoane LA, Espinoza J, Burgos L, Furmento J, Polero L, Camporrotondo M, et al. Valor pronóstico del sistema de calificación APACHE II en el postoperatorio de cirugía cardíaca. *Arch Cardiol Mex* [Internet]. 2020 [citado 4 de abril de 2023];90(4):398-405. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1405-99402020000400398&lng=es&nrm=iso&tlng=es
24. Liu C, Suo S, Luo L, Chen X, Ling C, Cao S. SOFA Score in relation to Sepsis: Clinical Implications in Diagnosis, Treatment, and Prognostic Assessment. *Comput Math Methods Med* [Internet]. 2022 [citado 6 de abril de 2023];2022. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35991153/>
25. Al Saleh K, Alqahtani RM. Platelet count patterns and patient outcomes in

- sepsis at a tertiary care center: Beyond the APACHE score. *Medicine (United States)* [Internet]. 7 de mayo de 2021 [citado 6 de abril de 2023];100(18):E25013. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33950914/>
26. Sabir L, Ramlakhan S, Goodacre S. Comparison of qSOFA and Hospital Early Warning Scores for prognosis in suspected sepsis in emergency department patients: a systematic review. *Emerg Med J* [Internet]. 1 de abril de 2022 [citado 18 de abril de 2023];39(4):284-94. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34404680/>
27. Ludikhuize J, Borgert M, Binnekade J, Subbe C, Dongelmans D, Goossens A. Standardized measurement of the Modified Early Warning Score results in enhanced implementation of a Rapid Response System: a quasi-experimental study. *Resuscitation* [Internet]. 2014 [citado 18 de abril de 2023];85(5):676-82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24561029/>
28. Brink A, Alisma J, Verdonchot RJCG, Rood PPM, Zietse R, Lingsma HF, et al. Predicting mortality in patients with suspected sepsis at the Emergency Department; A retrospective cohort study comparing qSOFA, SIRS and National Early Warning Score. *PLoS One* [Internet]. 1 de enero de 2019 [citado 29 de abril de 2023];14(1):e0211133. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0211133>
29. Vihonen H, Lääperi M, Kuisma M, Pirneskoski J, Nurmi J. Glucose as an additional parameter to National Early Warning Score (NEWS) in prehospital setting enhances identification of patients at risk of death: an observational cohort study. *Emerg Med J* [Internet]. 2020 [citado 18 de abril de 2023];37(5). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32075850/>
30. Wang C, Xu R, Zeng Y, Zhao Y, Hu X. A comparison of qSOFA, SIRS and NEWS in predicting the accuracy of mortality in patients with suspected sepsis: A meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. 1 de abril de 2022 [citado 12 de abril de 2023];17(4). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35427367/>
31. ▸ Escala qSOFA inicial como factor predictivo de mortalidad en pacientes del triage respiratorio del Hospital General de Zona No. 4 del IMSS, en Celaya Guanajuato - Ocronos - Editorial Científico-Técnica [Internet]. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/escala-qsofa-factor-predictivo-mortalidad-respiratorio/#Uso-de-escala-qSOFA-en-sepsis>
32. Eun S, Kim H, Kim HY, Lee M, Bae GE, Kim H, et al. Age-adjusted quick Sequential Organ Failure Assessment score for predicting mortality and disease severity in children with infection: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep* [Internet]. 1 de diciembre de 2021 [citado 18 de abril de 2023];11(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34737369/>

33. Askim Å, Moser F, Gustad LT, Stene H, Gundersen M, Åsvold BO, et al. Poor performance of quick-SOFA (qSOFA) score in predicting severe sepsis and mortality - a prospective study of patients admitted with infection to the emergency department. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* [Internet]. 9 de junio de 2017 [citado 22 de abril de 2023];25(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28599661/>
34. Mitzkewich M. Sepsis Screening in Triage to Decrease Door-to-Antibiotic Time. *J Emerg Nurs* [Internet]. 1 de mayo de 2019 [citado 22 de abril de 2023];45(3):254-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30195863/>

Capítulo 92

LA LESIÓN MEDULAR EN SITUACIONES DE EMERGENCIA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MARTA ALONSO GONZÁLEZ

1 Introducción

La atención en el ámbito prehospitalario de una lesión medular (LM) es prioritaria, debido a que el 25% de la lesión puede extenderse después de los daños iniciales (1,2), de ahí la necesidad de los conocimientos adecuados para la correcta exploración, aplicación de las maniobras de movilización del paciente, maniobrar convenientemente la vía aérea o la administración de los fármacos necesarios, ya que todavía no hay evidencia científica de que determinados tratamientos sean eficaces ante la previsión de una LM (3).

Me gustaría destacar el imprescindible papel que realiza la enfermería en las urgencias prehospitalarias cuando se prevé una LM, concretamente una adecuada formación de enfermería implica que se produzcan unos menores daños e incluso se disminuya la mortalidad, aunque hay algunos autores que dudan sobre la contribución del trabajo de la enfermera ante este tipo de pacientes (4).

Las emergencias son sucesos que no se pueden prever y cuando dichos sucesos derivan en una incapacidad producida por una lesión grave como es la medular, las consecuencias que se van a producir en el accidentado son terribles, desde un cambio radical en tu manera de vivir hasta incluso producir la muerte (5), por lo tanto, se pretende elaborar un documento con una serie de medidas que sirva de referencia ante la previsible emergencia de un traumatismo medular, mediante la

evaluación de los daños convenientemente y sobre todo que sus consecuencias sean lo menos impactante posible.

Hay que mencionar la incidencia de las lesiones medulares en los deportes de motor y la manera de abordarlas, dado que una incorrecta actuación en la valoración o inmovilización puede acarrear daños y complicaciones irreversibles que se van a sufrir toda la vida (6).

Según estudios epidemiológicos, la LM oscila entre 236 y 1.009 casos por millón de habitantes a nivel mundial (7), en nuestro país, está cerca de los 1.000 afectados, lo que supone un total de 30.000 personas que padecen la lesión (8).

Hay varios procedimientos para efectuar la inmovilización de la columna, pero entre los profesionales hay disputas para llegar a la conclusión de qué método es el más conveniente, asimismo, es importante destacar la habilidad que hay que poseer para aplicar la técnica y el dispositivo adecuado. Con este trabajo se pretende cotejar la operatividad de las diferentes técnicas y lo que implica el nivel de formación de los sanitarios.

El profesional de enfermería en emergencias tiene que tener una actitud apropiada y poseer la capacidad necesaria para cumplir su función, así como pericia, seguridad y valores morales, de esta manera se consigue una organización concreta encaminada a cubrir las carencias del paciente.

La atención de enfermería tiene que ser de manera integral y continua, no un sistema graduado. La base de nuestro trabajo tiene que ser el paciente, no las técnicas que aplicamos, de esta manera un individuo no cambia de unos centros sanitarios a otros, aunque tenga distintas patologías (9).

El trabajo del enfermero es prioritario en el manejo preliminar al lesionado, hay que tener en cuenta que los cuidados se tienen que aplicar lo antes posible, de esta manera descende la mortalidad e incrementamos el nivel de prestigio.

La LM ocasiona al año una gran morbilidad, sobre todo en personas jóvenes, es el principal motivo de muerte en personas con edad por debajo de los 45 años, hay que significar que estas lesiones provocan una elevada cifra de incapacidades, así como trastornos permanentes, por este motivo exige una actuación organizada y diligente (10, 11).

La mitad de las muertes tienen lugar en la primera hora del accidente, por lo tanto, en el ámbito prehospitario los profesionales de emergencias son los principales actores, por esta circunstancia precisan de destreza y un perfecto acoplamiento en la zona del accidente (12,13).

2 Objetivos

- Identificar el diagnóstico de lesión medular por parte del personal de enfermería en el ámbito prehospitalario.
- Analizar las maniobras de movilización ante una posible lesión medular en una situación de emergencia.
- Justificar la necesidad de una completa formación para el manejo correcto del lesionado medular en situación de urgencias o emergencias.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica narrativa de textos que tienen relación con la LM en la atención de urgencias o emergencias, es decir, en el área de la asistencia prehospitalaria.

Para obtener la información se ha accedido a distintas bases de datos como Pubmed, Dialnet Plus, Google Académico, Medline, Recolecta y Scielo, empleando términos clave seleccionados mediante tesauros (MeSH) como “lesión medular”, “emergencia”, “manejo prehospitalario”, “inmovilización” y “morbilidad” y descriptores (DeCS) para traducir adecuadamente las palabras clave indicadas y enlazadas con los operadores booleanos “OR” y “AND”.

Aunque en las palabras claves seleccionadas no aparece el término “enfermería”, se han llevado a cabo búsquedas utilizando la mencionada palabra, ya que la revisión bibliográfica se ha enfocado hacia la intervención inicial, ante un lesionado medular, por personal con la categoría de enfermero/a.

En un principio, se incluyeron todos los artículos, completos y no completos, pero ante la gran cantidad de información obtenida se ha optado por filtrar solamente textos completos y gratuitos.

Asimismo, se han utilizado textos más antiguos fuera del rango 2015-2020, por su especial trascendencia, aunque el límite establecido implica que el contenido de los textos se ajuste a los estudios científicos más recientes.

4 Resultados

La asistencia prehospitalaria ante la sospecha de LM exige unos cuidados concretos, por lo que es necesario detectar los síntomas que derivan en dicha LM, como el dolor en la zona lumbar, traumatismo en la cabeza, pérdida de la conciencia,

dolor de cuello, dolor en el pecho y problemas neurológicos como la incapacidad para hablar, la disminución de la sensibilidad o pérdida de la memoria (14).

Al detectar dolor derivado de una LM hay que tener precaución porque hay posibilidad de que la lesión tanto cervical, dorsal como lumbar pueda encontrarse en sitios distintos de la ubicación inicial del dolor (14).

La finalidad de la atención prehospitalaria del LM es disminuir las deficiencias neurológicas, así como prevenir cualquier daño que se pueda derivar de los problemas detectados, para ello es imprescindible actuar de manera apresurada donde se produce el accidente, llevando a cabo el protocolo de atención al politraumatizado, con la evaluación primaria del lesionado se trata de restablecer las funciones básicas, aunque además de conseguir la estabilización se deben minimizar los daños antes de pasar a la atención especializada (15).

Posteriormente, se realiza una minuciosa evaluación secundaria por todo el cuerpo, destacando en los posibles lesionados medulares el dolor en la espalda, parálisis, incremento de la temperatura en la piel, entre otros síntomas (16). El resultado de la exploración se debe reflejar de manera minuciosa en el expediente clínico.

En general, ante la sospecha de LM se debería incorporar en la atención prehospitalaria el bloqueo de la columna, para así disminuir una LM secundaria ocasionada por la falta de inmovilización. Con la administración de líquidos y el tratamiento farmacológico termina el cuidado prehospitalario del paciente con LM.

La LM altera los componentes sensoriales y motores de la parte dañada, además del sistema nervioso autónomo. Para precisar el lugar afectado de la columna existe la clasificación neurológica Internacional Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury (17), con estas normas basadas en los elementos sensorial y motor, se generan unas puntuaciones para precisar la gravedad de la lesión. Para este examen se emplean unos instrumentos mínimos y se puede llevar a cabo en cualquier ambiente y situación (18).

Dicho examen se debe de realizar con el lesionado en posición supina, excepto para la exploración rectal que se puede hacer en decúbito lateral, ante inestabilidad en la columna el lesionado debe ser girado de manera completa para evitar la torcedura de la columna.

El estudio de la función sensorial se lleva a cabo analizando 28 puntos esenciales relativos a 28 dermatomas, en cada uno de ellos se examina el tacto ligero y pinchazo, mediante una escala con 4 valores (ausente, alterada, normal y no evaluable (19).

La parte motora de la LM se analiza por medio del estudio de 11 miotomos para-

dos (18), la inspección se realiza en posición supina y estabilizando los músculos que se están examinando. Este análisis se lleva a cabo mediante una escala con 6 valores, desde la parálisis total hasta un movimiento normal (20).

Las lesiones más habituales son las cervicales, en las que para el examen inicial se tienen que valorar, clasificar o identificar los siguientes principios (21):

- Lesión esquelética.
- Lesión neurológica.
- Lesiones medulares asociadas.
- Lesiones no medulares asociadas.
- Prioridades en el tratamiento.

En la Guía de Manejo de Lesiones Vertebrales Cervicales y Lesiones Medulares de la Asociación Americana de Neurocirujanos (American Association of Neurological Surgeons), se dispone de las siguientes sugerencias para el cuidado de las personas con lesión cervical (22): a) En pacientes conscientes se sugiere la reducción temprana cerrada donde existe fractura o luxación. b) No se aconseja la reducción cerrada en lesionados que tienen daño en el rostro. c) En el escenario del apartado a), los pacientes que no han podido examinarse, se les debe practicar una resonancia magnética antes de llevar a cabo la reducción. d) Es conveniente la práctica de resonancia magnética en lesionados que no funciona la reducción cerrada. e) El beneficio de la resonancia magnética en personas con fractura cervical que tienen discos intervertebrales dañados, es dudoso antes de la reducción.

La American Spinal Injury Association (ASIA) distingue cinco clases en la LM que son las siguientes (23):

- A. Completa: la función motora o sensorial es nula en los segmentos sacros.
- B. Incompleta: hay función sensorial pero no motora por debajo de la lesión.
- C. Incompleta: hay función motora y los músculos tienen un trastorno en grados de igual o inferior a 3.
- D. Incompleta: hay función motora y los músculos tienen un trastorno en grados superior a 3.
- E. Normal: las funciones son normales.

La disminución de la función sensorial implica que el paciente carece del sentido del tacto y no aprecia el frío, calor o dolor, asimismo no sabe la situación de sus piernas. El deterioro de la función motora implica que el lesionado no controla de manera voluntaria los músculos.

5 Discusión-Conclusión

Después de llevar a cabo una revisión de la atención prehospitalaria en pacientes con LM, se ha llegado a la conclusión de que los profesionales de enfermería han tenido un progreso considerable en el manejo de las personas que padecen esta lesión, lo que ha implicado una menor morbilidad.

En la asistencia prehospitalaria el personal de enfermería ha tenido un papel destacable, con un funcionamiento conjunto, interviniendo en todas las iniciativas relacionadas con el paciente. En una situación como la que se vive, los enfermeros aportan un activo muy valioso para la persona que se encuentra en una situación prehospitalaria crítica.

El número de personas que padecen traumatismos graves sigue siendo elevado, sufriendo las personas jóvenes el índice más elevado, pero el personal de enfermería acepta el desafío de reducir la morbilidad por medio de llevar a cabo una atención sublime ante las personas que padecen una lesión grave, esto se consigue gracias a las guías de seguimiento que proporcionan los instrumentos a los enfermeros consolidados a nivel mundial.

Por lo que respecta a la utilización de los instrumentos en la inmovilización, se debería examinar en personas de distintas edades y circunstancias, como niños, embarazadas, personas gordas o delgadas, entre otras. Asimismo, estaría bien estudiar en el lesionado los parámetros subjetivos como el dolor que se padece, problemas en la piel u otras lesiones en distintas partes del cuerpo.

De la comparación de los datos incorporados al presente trabajo, se deduce la exigencia del estudio de nuevas formas de información para la elaboración de procedimientos que ayuden a un adecuado uso para la inmovilización de las personas con probable LM.

En cuanto a las técnicas de bloqueo de la columna más aceptadas se pueden enumerar las siguientes:

- La utilización de escalas para evaluar al paciente lesionado.
- La inmovilización se debe de realizar valorando al paciente previamente para evitar problemas derivados de su aplicación.
- Son susceptibles de inmovilización las personas con LM, con pérdida de conciencia o graves problemas neurológicos.
- No se aconseja por aumento del peligro que puede ocasionar: el movimiento brusco del cuello, el bloqueo cervical en pacientes graves y la técnica log-roll.
- El factor tiempo es fundamental para el diagnóstico de la persona, por lo tanto, todo lo que se pueda reducir en el traslado a un hospital es beneficio.

- Es escasa la mención de la asistencia de enfermería en la técnica de la inmovilización.

En lo referente a la formación de los sanitarios en la atención en el ámbito pre-hospitalario, se considera imprescindible una formación básica preliminar y continua, además, sería conveniente que los análisis que se llevan a cabo sobre las técnicas e instrumentos para aplicar en la espina dorsal se realizarán sobre procedimientos objetivos.

Se han realizado estudios entre personal experto y alumnos que han tenido formación específica, sin aparecer desigualdades a la hora de practicar la manipulación de la columna, lo que implica que las prácticas de formación han provocado que los alumnos hagan las técnicas de manera semejante a las personas experimentadas.

Para finalizar, no existen estudios que analicen la conveniencia de la inmovilización en el ámbito de las emergencias, ya que los datos que existen se han obtenido en otras situaciones.

6 Bibliografía

1. Schouten R, Albert T, Kwon B. The Spine-injured Patient: Initial Assessment and Emergency Treatment. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*. 2012; 20(6):336-346.
2. Sarhan F, Saif D, Saif A. An overview of traumatic spinal cord injury: part 2. Acute management. *British journal of neuroscience nursing* [Internet]. 2013; (9).
3. Bernhard M, Gries A, Kremer P, Böttiger BW. Spinal cord injury (SCI)–prehospital management. *Resuscitation* 2005; 66:127–39.
4. Azevedo A, Scarparo AF, Chaves LDP. Nurses' care and management actions in emergency trauma cases. *Invest Educ Enferm*. 2013; 31(1):36-43.
5. Castro A, Bravo P. Paraplejia. Otra forma de vida. Madrid: Promociones Ediciones SANRO; 1993.
6. Organización Mundial de la Salud. Accidentes de tránsito [Internet]. Diciembre 2018 [Citado 24 nov 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs358/es/>
7. Cripps RA, Lee BB, Wing P, Weerts E, Mackay J, Brown D. A global map for traumatic spinal cord injury epidemiology: towards a living data repository for injury prevention. *Spinal Cord*. 2011; 49(4):493-501.
8. Rodríguez G, Vaquero J. Traumatismo raquímedular. Madrid: Fundación Mapfre; 2009.

9. Ávila DM. Cuidados de Enfermería en el Paciente Politraumatizado. *Revista de Enfermería*. 2015 abril.
10. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica. Guía Clínica politraumatizado. Santiago de Chile: Minsal, 2007.
11. Canabal A, Perales N, Navarrete P, Sánchez Izquierdo JA. Manual de Soporte vital avanzado en trauma. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
12. Arrese MA, SAbrido R. Atención prehospitalaria a la enfermedad traumática. Sociedad de medicina intensiva y unidades coronarias de Castilla la Mancha. Fis-cam 2007. Disponible en: <http://www.somiuca.org/activos/protocolos>.
13. Muñoz A, Silva L. Valoración inicial de enfermería al politraumatizado. 1ª ed. Sevilla: Mad; 2006.
14. Domeier RM, Evans RV, Swor RA, Rivera-Rivera EJ, Frederiksen SM. Prehospital clinical findings associated with spinal injury. *Prehosp Emerg Care* 1997; 1:11-5.
15. Guly HR, Bouamra O, Lecky FE. The incidence of neurogenic shock in patients with isolated spinal cord injury in the emergency department. *Resuscitation* 2008; 76(1):57-62.
16. Belanger E, Levi AD. The acute and chronic management of spinal cord injury. *J Am Colleg Surg* 2000; 190:603-18.
17. American Spinal Injury Association: International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury, revised 2000; Atlanta, GA; 2008.
18. Kirshblum SC, Burns SP, Biering-Sorensen F, Donovan W, Graves DE, Jha A, et al. International standards for neurological classification of spinal cord injury (Revised 2011). *J Spinal Cord Med* 2011; 34(6):535-546
19. American Spinal Injury Association. International Standards for the Classification of Spinal Cord Injury. Key Sensory Points (Internet). Disponible en: <http://lms3.learnshare.com/Images/Brand/120/ASIA/Key%20Sensory%20Points.pdf>
20. American Spinal Injury Association. International Standards for the Classification of Spinal Cord Injury. Motor Exam Guide (Internet). Disponible en: <http://lms3.learnshare.com/Images/Brand/120/ASIA/Motor%20Exam%20Guide.pdf>
21. O'Dowd JK. Basic principles of management for cervical spine trauma. *Eur Spine J* 2010; 19(Suppl 1):S18-S22.
22. Hadley MN, Walters BC (coord.). Guidelines for the Management of Acute Cervical Spine and Spinal Cord Injuries. Rolling Meadows, IL: American Association of Neurological Surgeons; 2001.
23. Accident Compensation Corporation. ASIA impairment scale (Internet). Disponible en: http://www.acc.co.nz/for-providers/clinical-best-practice/spinal-injury-guidelines/PRD_CTRB091020.

Capítulo 93

INTOXICACIONES AGUDAS QUE PRECISAN EL SERVICIO DE URGENCIAS O INGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

MARTA ALONSO GONZÁLEZ

1 Introducción

Las intoxicaciones agudas son muy antiguas, las primeras investigadas datan del siglo XVIII, lo que implica que las personas ya han tenido riesgo ante diversos tipos de venenos (1-3).

Un rasgo a destacar es la intencionalidad, que es el riesgo de exposición al tóxico de forma voluntaria y en busca de un fin, se distinguen entre suicidas y por consumo de drogas. El suicidio consiste en la actuación humana de autolesionarse para perder la vida, a nivel mundial está entre las 10 primeras causas de muerte; actualmente hay un aumento, ya que cada día más de 1000 personas se suicidan en el planeta y lo intentan varios miles sin tener en cuenta la religión, cultura o estatus económico (4).

La intoxicación de manera intencionada supone un problema de salud a escala mundial teniendo en cuenta el aumento de la morbilidad y la relevancia social que implica (5,6). Es fundamental que el diagnóstico sea rápido y eficiente para evitar la muerte o secuelas graves en los pacientes, entre el 3 y el 7% necesita

ingreso en la unidad de cuidados intensivos, lo que supone un peligro importante para la salud, además de destinar enormes gastos económicos en todo el mundo, cuestiones que se podrían evitar con la aplicación de acciones de prevención (7).

La atención de la persona intoxicada debe ser multidisciplinar al ser necesaria la implicación de varios especialistas, incluido el psiquiatra, siendo imprescindible dicha especialidad debido a que un alto porcentaje de las intoxicaciones voluntarias que llegan al hospital son intentos de suicidio. Las sustancias que más intervienen en las intoxicaciones son analgésicos y psicofármacos.

Las intoxicaciones graves van aumentando en nuestro país, suponen un 0,6% del total de ingresos que se producen en las urgencias y un 2% en los servicios de medicina interna (8). Asimismo, en los últimos años ha tenido lugar un aumento de la edad media de los pacientes intoxicados (9), con una mortalidad inferior al 0.2%, debido a la favorable evolución clínica. Existen pocas publicaciones en España que estudien las características de los pacientes intoxicados.

Las intoxicaciones producidas por el consumo de drogas afectan a todos los niveles de la vida, desde las relaciones familiares y amigos hasta el nivel profesional y legal, además, la persona se perjudica tanto a nivel físico como psíquico.

Asimismo, el consumo de drogas, a la sociedad le repercute en su sistema sanitario y en cuestiones sociales y económicas, por ello es necesario implantar acciones de prevención y reinserción para mitigar los efectos de las drogas (10).

2 Objetivos

- Determinar y valorar a los pacientes con intoxicación aguda como consecuencia de intento suicida.
- Estudiar la epidemiología de las intoxicaciones agudas que requieren ingreso en UCI.

3 Caso clínico

Se llevó a cabo la recogida de información de la base de datos del servicio de urgencias del Hospital Universitario de Toledo, de las cuestiones más destacables de las historias clínicas de los pacientes atendidos por intoxicación aguda por intento suicida.

Las variables obtenidas de los pacientes han sido: sexo, edad, antecedentes clínicos y psiquiátricos, ocupación, síntomas, tipo de tóxico ingerido, información relativa al consumo, en qué unidad ha sido ingresado, en su caso, así como el tratamiento prescrito.

Con estos datos se ha completado una hoja de cálculo para valorar y comparar la información más importante y estudiar las características epidemiológicas.

De los pacientes estudiados, se ha obtenido una prevalencia de mujeres y un intervalo de edad mayoritario de 20 a 59 años, solamente un porcentaje mínimo de personas tenían una edad menor a 20 años, se detecta que las personas de menor edad son varones, mientras las mayores de 40 son mujeres.

Se obtiene que el grupo que prevalece con más intoxicaciones son las amas de casa y el que menos los profesionales. El tóxico más utilizado son los psifármacos y a casi todos los pacientes se les realizó un lavado de estómago en un primer momento.

En el 90% de los casos el ingreso en la UCI tuvo lugar en las primeras 12 horas de la entrada en urgencias, en esta población el 2,7% de los pacientes con intoxicaciones agudas graves ingresa en UCI, aunque según algunos estudios pueden llegar al 4,5% (11), este descenso puede ser debido a un mejor funcionamiento de los servicios de urgencias.

Por lo que respecta a la situación clínica, predominan los síntomas neurológicos, el 75% de los pacientes tenían tratamiento psiquiátrico, llegando la mortalidad al 5,1%.

El examen de los resultados se ha realizado con la aplicación estadística para las ciencias sociales IBM SPSS Statistics versión 24. Las variables continuas que se utilizaron son las medias y desviación típica, analizando las pruebas T-Student para la comparación de medias, además, se describieron frecuencias relativas y absolutas mediante el test Chi Cuadrado de las sustancias ingeridas, observando que el porcentaje mayor de fallecimiento está relacionado con el consumo de tóxicos que ingresaron en la UCI.

Las variables clínicas que muestran diferencias significativas con respecto a los pacientes que ingresan en la UCI son: parada cardíaca, taquicardia elevada, convulsiones llegando incluso al coma. Por otro lado, aparecieron en urgencias síntomas de ansiedad y trastornos psicóticos que no precisan ingreso en la UCI.

De esta manera se han obtenido las conclusiones más importantes sobre las car-

acterísticas de los pacientes con intoxicación aguda y que han precisado ingreso en UCI.

4 Discusión-Conclusión

Las intoxicaciones agudas suponen una importante urgencia médica, por lo que es fundamental controlar el tiempo transcurrido entre el incidente y el tratamiento, ya que con el paso del tiempo la absorción del tóxico aumenta, lo que indica que la intervención en el nivel de atención primaria es crucial.

En base a los resultados obtenidos, sería conveniente la realización de estudios toxicológicos para implantar procedimientos en UCI, así como fijar unas variables de estudio para profundizar en el conocimiento de este tipo de pacientes y de esta manera realizar unas pautas de tratamiento adecuadas.

En conclusión, se pueden deducir los siguientes resultados:

- Una intoxicación frecuente es el consumo de drogas.
- Los pacientes habituales son adultos jóvenes.
- Lo más habitual es que los pacientes vayan al servicio de urgencias en ambulancia.
- Un bajo porcentaje ingresa en UCI.
- Los síntomas más habituales son: agitación, ansiedad y trastornos psicóticos.
- En la mayoría de los casos se lleva a cabo y confirmación analítica.

Dada la importancia de este problema, se pretendió caracterizar y valorar a los pacientes que pasan por los servicios de urgencias o UCI, con intoxicación aguda, imputable en algunos casos a intentos suicidas.

5 Bibliografía

1. Alfonso CA, Blandón Rodríguez AM. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Intento de suicidio. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2017 [citado 02/10/2018]. Disponible en: <http://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/descargar.php?id=42034>.
2. Muñoz Romo R, Borobia Pérez AM, Muñoz MA, Carballo Cardona C, Cobo Mora J, Carcas Sansuán AJ. Eficiencia en el diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda por paracetamol: análisis de coste-efectividad a través de un programa de toxicovigilancia activa hospitalario. Emergencias. 2018 [citado 02/10/2018]; 30:169-76. Disponible en: <http://emergencias.portalsemes>.

org/descargar/eficiencia-en-el-diagnostico-y-tratamiento-de-la-intoxicacion-aguda-por-paracetamol-analisis-de-costeeffectividad-a-travs-de-un-programa-de-toxicovigilancia-activa-hospitalario/force_download/
MEDISAN 2019; 23(6):1020.

3. Kemp AM, Clark MS, Dobbs T. Drogas de diseño: Cannabinoides sintéticos. Am J Med. 2016 [citado 02/10/2018]; 129 (3): 1-3. Disponible en: http://www.afam.org.ar/textos/drogas_de_diseno.pdf.

4. Rosales García J, Quesada Castillo Y, Rodríguez Sánchez VZ, Naranjo Rodríguez Y, Pérez Brito G. Complicaciones severas por el uso parenteral del kerosene en intento de autólisis, a propósito de tres casos. Rev. Med. Electrón. 2013 [citado 02/10/2018]; 35 (5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242013000500012.

5. Gárciga Ortega O. Adicciones y violencia. Prevención y tratamiento. La Habana: ECIMED; 2017 [citado 02/10/2018]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/adicciones_violencia_prevenccion_ttmo/adicciones_y_violencia_prevenccion_tratamiento.pdf.

6. Garrido González I, Bugarín González R, Machín Fernández AJ. Consumo de drogas en estudiantes de enfermería. Enfermería Clínica. 2016 [citado 02/10/2018]; 26 (3): 174-80. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S1130862115001837?returnurl=https%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1130862115001837%3Fshowall%3Dtrue&referrer=>.

7. Brandenburg R, Brinkman S, de Keizer NF, Meulenbelt J, de Lange DW. In-hospital mortality and long-term survival of patients with acute intoxication admitted to the ICU. Crit Care Med. 2014 [citado 02/10/2018]; 42 (6): 1471-9. Disponible en: https://www.eapcct.org/publicfile.php?folder=congress&file=Abstracts_Malta.pdf.

8. Ojuel Gros T, Lopez Nunez C, Medina Vivas RS, Monton Dito JM, Valdovinos Mahave C, Torralba Allue JC. Intoxicaciones agudas graves en UCI: rasgos epidemiológicos, clínicos y estándares de tratamiento. Atalaya Medica Turolense. 2017;11:28-35.

9. Mir AS, Nogué Xarau S, Alcaraz Penarrocha RM, Moran Chorro I, Montero Clavero FJ, Palomar Martínez M, et al. Evolucion de las intoxicaciones en las unidades de cuidados intensivos españolas: comparacion de 2 periodos. Med Intensiva [Internet]. 2020.

10. Marconi A, Di Forti M, Lewis CM, Murray RM, Vassos E. Meta-Analysis of the association between the level of cannabis use and risk of psychosis. Schizophr Bull. 2016;42(5):1262-9.

11. Ojuel Gros T, Lopez Nunez C, Medina Vivas RS, Monton Dito JM, Valdovinos Mahave C, Torralba Allue JC. Intoxicaciones agudas graves en UCI: rasgos epidemiologicos, clínicos y estandares de tratamiento. Atalaya Medica Turolense. 2017;11:28-35.

Capítulo 94

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

MARTA ALONSO GONZÁLEZ

1 Introducción

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

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

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

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

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

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

2 Objetivos

- Determinar y analizar las estrategias de afrontamiento en las personas con LM, así como estudiar la relación de dichas estrategias con otras variables como la depresión.
- Precisar las diferencias en las habilidades de afrontamiento de la LM, según el tipo, nivel o fecha de aparición del traumatismo.
- Constatar si los grados de trastorno mental varían en función de factores sociodemográficos y clínicos.

3 Metodología

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

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

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

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

4 Resultados

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

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

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

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

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

5 Discusión-Conclusión

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

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

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

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

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

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

por lo tanto, su estudio científico parece acreditado.

6 Bibliografía

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

Capítulo 95

PERSONAL DE ENFERMERÍA EXPONE UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA ENFERMEDAD DE HUNTINGTON

BLANCA HERRERO ALCAIDE

ALBA LÓPEZ MARTIN

NATALIA AMATE ESCABIAS

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.

En esta revisión bibliográfica hablaremos sobre la enfermedad de Huntington desde el punto de vista del personal de enfermería.

La enfermedad de Huntington es un trastorno neurológico degenerativo relacionado con la herencia en la que se produce una atrofia del cuerpo estriado y de otras áreas corticales, aunque microscópicamente puede verse una ligera atrofia en todo el cerebro, provocando el desgaste de algunas células nerviosas del cerebro.

2 Objetivos

Exponer una revisión bibliográfica por parte del personal de enfermería sobre la enfermedad de Huntington.

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 tiene unas características con un carácter clínico en los trastornos motores, también se generan alteraciones psiquiátricas y un marcado deterioro cognitivo. En el inicio, los trastornos de tipo motor son los que más

llaman a la atención, se generan en forma de tics y se pueden ver acompañados en determinados momentos de estados de agitación que altera la vida del enfermo y de su familia. Estos ticks se convierten en más frecuentes, se marcan en los movimientos de la cabeza, del cuello y de las extremidades. Se les diagnostica distintas acciones marcadas al caminar, comer o incluso se pueden marcar distonía, movimientos sacádicos de los ojos, bradicinesia u otras alteraciones de la marcha. También incluye esta enfermedad trastornos psiquiátricos con una prevalencia entre un 40% y 70% de los pacientes diagnosticados, aunque se salen de una norma, los casos estudiados tienen una gran variedad en los síntomas desde esquizoides, fobias, abuso de sustancias y trastornos en la conducta sexual, de la personalidad, algunos cursan desde la apatía hasta la agresividad. Los distintos trastornos de carácter cognitivo tienen un patrón de la alteración subcortical que también puede aparecer en la enfermedad de Parkinson y la esclerosis múltiple. Esta enfermedad suele cursar con alteraciones del habla, se van enlenteciendo procesos mentales y motores, se tienen también alteraciones de la memoria primaria, pero lo que más se altera es la recuperación de la información con problemas de atención, de alteraciones en el plano visuoespaciales de las funciones cognitivas. Se ha apreciado distintas formas en las que se inicia la enfermedad, normalmente en la niñez, también se señala que cuando se realiza después de los 20 años se denomina esta enfermedad tardía.

5 Discusión-Conclusión

La Enfermedad de Huntington debuta con manifestaciones psiquiátricas en aproximadamente el 30% de los casos, siendo la sintomatología más frecuente cambios en la personalidad, depresión y graves alteraciones conductuales como desinhibición y agresividad. Dado que numerosas enfermedades, tanto neurológicas como sistémicas, cursan con clínica psiquiátrica, la recogida de una buena historia clínica, incluyendo siempre los antecedentes familiares, así como la realización de las pruebas complementarias necesarias, reduce la probabilidad de errores diagnósticos, demorando tanto la adopción de medidas terapéuticas adecuadas como la búsqueda de recursos intra y/o extrahospitalarios de apoyo psicosocioeconómico que precisen. Se debería aumentar la investigación para que pacientes con esta enfermedad puedan intentar llevar a cabo una vida normal y no llegar a etapas tardías.

6 Bibliografía

- 1.
1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 96

LA ENFERMEDAD DE FIBROSIS QUÍSTICA DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

BLANCA HERRERO ALCAIDE

NATALIA AMATE ESCABIAS

LAURA VARGAS BEAMUD

CELIA ARROYO MOLINA

ALBA LÓPEZ MARTIN

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

Exponer una revisión bibliográfica sobre la enfermedad de fibrosis quística desde el punto de vista del personal 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

Tras consultar los estudios fisiopatológicos, en los últimos 30 años se ha conseguido unos grandes avances en conocer esta enfermedad en profundidad, teniendo la certeza de una alteración en la regulación del canal del cloro activado que hay dentro de la membrana de las células epiteliales que son las secretoras. Es en esta área cuando el canal del cloro ni los rectificadores de sodio funcionan de forma adecuada produciendo la alteración o lo podemos llamar disfunción que provoca la fibrosis quística. Esto hace que el paciente tenga un sudor excesivo, salado, por la falta de enzimas en su páncreas que hace que su función sea insuficiente, los pulmones se infectan constantemente y la cirrosis biliar junto con la diabetes son complicaciones que van inevitablemente asociadas a esta enfermedad.

Para realizar un diagnóstico tenemos que determinar varios criterios clínicos en los que se incluye la historia familiar, insuficiencia del páncreas, historia pulmonar que sea crónica, en el hombre se puede encontrar azoospermia de carácter obstructivo. También podemos encontrar entre los enfermos íleo meconial y muy característico es el síndrome de pérdida de sal. Así mismo, hemos encontrado entre los estudios personas afectas con esta enfermedad, con los mismos rasgos y las mismas características, sin el gen afectado en el 90% de los casos, siendo algunos de los síntomas como el exceso de sudor inexistente entre los síntomas que se reflejan.

Se ha descrito para diferenciar esta enfermedad en su origen genético la prueba del sudor, es muy sencilla y se trata de extraer un poco de esta sustancia en una placa petri y comprobar si se deseca o cristaliza por la acción excesiva de la sal. Esta prueba, que es muy sencilla y nada costosa, nos puede permitir una valoración inicial para iniciar un tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión del resultado de los estudios realizados por enfermeros en los últimos 30 años, se sabe que hasta hace 50 años, estos enfermos morían al poco de nacer porque combinaban en el proceso del desarrollo varias comorbilidades como malnutrición por el síndrome malabsortivo y alguna enfermedad pulmonar debido a infecciones. Se ha avanzado en la enfermedad en los últimos años conociendo la patología y los mecanismos que la transmiten, así se puede saber que el diagnóstico se realiza de forma más temprana y se puede llegar a un tratamiento que con el tiempo está mejorando la calidad de vida de los pacientes y sobre todo su vida alargando esta en las condiciones mejores posibles.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 97

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICA

BLANCA HERRERO ALCAIDE

NATALIA AMATE ESCABIAS

ALBA LÓPEZ MARTIN

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

- Mostrar las funciones y actividades que lleva a cabo la enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica.
- Dar a conocer la importancia del trabajo interdisciplinario en esta unidad.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo.

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: PubMed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Resultados

La unidad de cuidados intensivos pediátricos, como ya hemos reseñado, es un área especializada donde existen diferentes dificultades para la atención integral del cuidado de pacientes graves con la edad de 0 a 14 años, pero no solo es el cuidado a estos pacientes, sino también tener en cuenta la situación de estrés y preocupación que sufren las familias donde su integración a los cuidados del niño nos dará la posibilidad de una atención completa al paciente.

Se señalan las funciones que el área de enfermería puede llevar que cabo en esta UCI pediátrica:

- La recepción del niño y de la familia. Esto conlleva comenzar a darle todos aquellos cuidados necesarios para estabilizarlo (registro de constantes, administración

de las medicaciones necesarias...) y, una vez que se encuentra la situación bajo control, es vital informar a los padres para su tranquilidad, lo cual no solo reduce su angustia sino también la de los niños.

- Junto con el auxiliar de enfermería, se mantiene a los niños con una higiene aceptable para evitar riesgos de infección, al mismo tiempo que se hidrata la piel para evitar cualquier lesión en la misma. De esta manera, también lo estaremos preparando para la realización de pruebas diagnósticas (en el caso de que fuera necesario).

- Cabe reseñar que mientras se llevan a cabo todas estas funciones mantendremos registradas las constantes vitales, neurológicas y cardiopulmonares.

Sería interesante ejemplificar que tipos de casos son los que nos encontramos de forma más habitual en las UCI pediátricas, pudiendo nombrar casos como: meningitis, sepsis, meningoencefalitis o miocarditis, casos oncológicos complejos, traumatismos graves, resección de tumores o la corrección de anomalías congénitas tipo cardíacas, además de la asistencia a pacientes con trasplante renal y médula ósea.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se destaca la importancia de la especialización en dicha área y la formación continuada por parte del equipo de enfermería, para estar completamente reciclados en las nuevas tecnologías que vayan surgiendo. Resaltar que se trata de un área compleja, tanto por la metodología práctica que hay que poner en marcha como por las características de los pacientes tan pequeños y vulnerables ante una situación de ingreso. Por ello, la mejor manera de trabajar es a través de un equipo interdisciplinario, siguiendo, todos los profesionales que lo componen, el mismo objetivo: asistir la salud de los niños mediante una atención sanitaria efectiva y de calidad en el tratamiento. Además, se debe tener en cuenta la inclusión de la familia a dichos tratamientos.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 98

COMETIDO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON EXCESO DE COLESTEROL GRAVE

PAULA MONREAL BRUNNER

NEREA MÁRQUEZ JIMÉNEZ

CAMILA MARÍA TERCERO ABAD

MARINA MORALES QUIRALTE

ELENA MARTINEZ ALFARO

1 Introducción

El exceso de colesterol, también conocido como hipercolesterolemia, es una condición médica en la que los niveles de colesterol en la sangre son más altos de lo normal y pueden aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares, como enfermedad coronaria y accidentes cerebrovasculares. El colesterol es una sustancia cerosa que se encuentra en todas las células del cuerpo y es esencial para diversas funciones, como la formación de membranas celulares y la producción de hormonas. Sin embargo, cuando los niveles de colesterol LDL (“colesterol malo”) son elevados, pueden acumularse en las paredes de las arterias, formando placas que estrechan y obstruyen el flujo sanguíneo.

Las principales causas del exceso de colesterol incluyen una dieta rica en grasas saturadas y trans, la falta de actividad física, la genética y ciertas condiciones

médicas. El diagnóstico se realiza mediante análisis de sangre que miden los niveles de colesterol total, LDL, HDL (“colesterol bueno”) y triglicéridos. El tratamiento suele incluir cambios en el estilo de vida, como una dieta saludable y la práctica regular de ejercicio, así como, en algunos casos, medicamentos recetados por un profesional de la salud.

Es importante abordar el exceso de colesterol de manera temprana, ya que puede llevar a enfermedades cardiovasculares graves. Adoptar un estilo de vida saludable, mantener un peso adecuado y controlar los niveles de colesterol a través de exámenes médicos regulares son pasos clave para prevenir y tratar esta condición. Consultar con un médico o un dietista registrado puede proporcionar orientación específica sobre la dieta y el ejercicio para reducir los niveles de colesterol y promover la salud cardiovascular.

2 Objetivos

- Mostrar las funciones del enfermero 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

El enfermero desempeña un papel fundamental en la atención y el cuidado del paciente ingresado debido a un exceso de colesterol grave. A continuación, se describen sus funciones clave en este contexto:

Evaluación y monitorización: El enfermero comienza su labor evaluando al paciente, recopilando información sobre su historial médico, hábitos alimenticios, actividad física y síntomas relacionados con el exceso de colesterol. Además, realiza un seguimiento constante de los signos vitales, como la presión arterial, el

pulso y la temperatura, para detectar cualquier cambio que pueda indicar complicaciones.

Educación al paciente: Es esencial proporcionar al paciente información detallada sobre su condición, los factores de riesgo y las implicaciones del exceso de colesterol grave en la salud cardiovascular. El enfermero explica la importancia de llevar un estilo de vida saludable, incluyendo la adopción de una dieta baja en grasas saturadas y trans, la práctica regular de ejercicio y la toma de medicamentos según las indicaciones médicas.

Administración de medicamentos: En algunos casos, el tratamiento para reducir los niveles de colesterol puede incluir la administración de medicamentos recetados por el médico. El enfermero se encarga de administrar estos medicamentos de manera precisa, supervisar posibles efectos secundarios y educar al paciente sobre su uso adecuado.

Planificación de la dieta: El enfermero colabora con un dietista o nutricionista para diseñar un plan de alimentación específico que se adapte a las necesidades del paciente. Esto implica proporcionar orientación sobre la selección de alimentos saludables, el control de porciones y la reducción de grasas saturadas y trans en la dieta.

Apoyo emocional: El diagnóstico de un exceso de colesterol grave puede ser emocionalmente desafiante para el paciente. El enfermero ofrece apoyo emocional, escucha sus preocupaciones y brinda recursos para ayudar al paciente a lidiar con el estrés y la ansiedad asociados con la enfermedad.

Promoción de la actividad física: Fomentar la actividad física es crucial para controlar el colesterol. El enfermero trabaja con el paciente para establecer metas de actividad física realistas y seguras, teniendo en cuenta su nivel de condición física y sus limitaciones.

Seguimiento y educación en el alta hospitalaria: Antes del alta hospitalaria, el enfermero se asegura de que el paciente comprenda su plan de cuidados continuos, incluyendo la importancia de seguir una dieta saludable, tomar medicamentos según las indicaciones y realizar seguimientos médicos regulares.

El enfoque multidisciplinario, que involucra al enfermero, médicos, dietistas y otros profesionales de la salud, es esencial para abordar de manera integral el exceso de colesterol grave y prevenir complicaciones cardiovasculares. El enfermero juega un papel central al brindar atención personalizada, educación y apoyo

emocional a lo largo de la hospitalización y más allá, contribuyendo al bienestar general del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal para el cuidado del paciente con exceso de colesterol grave es que adopte un enfoque integral para el manejo de su salud cardiovascular. En primer lugar, es esencial que se sigan rigurosamente las indicaciones médicas y se tomen los medicamentos recetados según lo prescrito. Además, la adopción de un estilo de vida saludable es clave: mantenga una dieta equilibrada y baja en grasas saturadas, realizar ejercicio regularmente y controle su peso.

En segundo lugar, no subestimar la importancia del seguimiento médico regular. Acudir a las citas programadas y efectuar los análisis de sangre recomendados para evaluar sus niveles de colesterol. Esto permitirá ajustar el tratamiento según sea necesario y prevenir complicaciones. Finalmente, buscar apoyo emocional cuando se necesite; hablar con familiares, amigos o profesionales de la salud puede ayudar a manejar el estrés y la ansiedad relacionados con su condición. Un enfoque conjunto entre el paciente y el equipo de atención médica es esencial para controlar el exceso de colesterol grave y reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

6 Bibliografía

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

Capítulo 99

COMETIDO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUE SE LE COLOCA UN DESFRIBILADOR AUTOMÁTICO

PAULA MONREAL BRUNNER

NEREA MÁRQUEZ JIMÉNEZ

CAMILA MARÍA TERCERO ABAD

MARINA MORALES QUIRALTE

ELENA MARTINEZ ALFARO

1 Introducción

La desfibrilación automática es un procedimiento médico que implica el uso de un dispositivo conocido como desfibrilador automático externo (DAE) para administrar una descarga eléctrica al corazón de una persona que experimenta una arritmia potencialmente mortal, como la fibrilación ventricular o la taquicardia ventricular. La fibrilación ventricular es una condición en la que las cámaras inferiores del corazón (los ventrículos) laten de manera caótica y no pueden bombear sangre de manera efectiva, lo que puede llevar a un paro cardíaco. La taquicardia ventricular, por otro lado, es una frecuencia cardíaca anormalmente rápida que también puede ser potencialmente letal si no se trata.

Los DAE son dispositivos portátiles diseñados para ser utilizados por personal no médico o incluso por personas sin formación médica, como bomberos, personal de seguridad y, en algunos casos, miembros del público en general. Estos dispositivos están programados para analizar el ritmo cardíaco del paciente y determinar si es necesaria una descarga eléctrica. Si el DAE detecta una arritmia que requiere desfibrilación, proporciona instrucciones de voz o visuales al usuario sobre cómo administrar la descarga de manera segura.

La desfibrilación automática es crucial en situaciones de emergencia, ya que puede restablecer el ritmo cardíaco normal y salvar vidas. Cuanto más rápido se administre la desfibrilación después de una arritmia potencialmente mortal, mayores son las posibilidades de supervivencia del paciente. Por esta razón, se han colocado DAE en lugares públicos como aeropuertos, estadios y centros comerciales para estar disponibles en caso de una emergencia cardíaca súbita. En resumen, la desfibrilación automática es un procedimiento que utiliza un desfibrilador automático externo para administrar una descarga eléctrica al corazón en caso de arritmias cardíacas potencialmente mortales, con el objetivo de restablecer el ritmo cardíaco normal y salvar vidas.

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.

3 Metodología

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

4 Resultados

El enfermero desempeña un papel fundamental en la colocación y el uso adecuado de un desfibrilador automático externo (DAE) en situaciones de emergencia. Aquí se describen sus funciones clave:

Evaluación de la situación: El enfermero debe evaluar rápidamente la situación y determinar si es necesario utilizar un DAE. Esto implica identificar si el paciente está inconsciente, no respira o presenta una arritmia potencialmente mortal, como la fibrilación ventricular o la taquicardia ventricular. Esta evaluación rápida es esencial para tomar decisiones adecuadas sobre la aplicación del DAE.

Activación de ayuda: En una situación de emergencia, el enfermero debe activar el sistema de respuesta médica de emergencia o llamar al personal médico capacitado para obtener ayuda adicional. La colaboración con otros profesionales de la salud es esencial para garantizar una atención efectiva al paciente.

Preparación del DAE: El enfermero debe asegurarse de que el DAE esté preparado y listo para su uso. Esto incluye verificar que la unidad esté encendida, que los electrodos estén correctamente conectados y que el equipo funcione adecuadamente. El mantenimiento y la revisión periódica del DAE son responsabilidades del personal de enfermería.

Aplicación de electrodos: Una vez que se ha confirmado la necesidad de desfibrilación, el enfermero debe aplicar los electrodos del DAE en el pecho del paciente siguiendo las indicaciones proporcionadas por el dispositivo. Esto implica preparar la piel del paciente, asegurarse de que los electrodos estén colocados en las ubicaciones correctas y mantener la seguridad del paciente y el personal durante el proceso.

Administrar la descarga: El DAE determinará si se requiere una descarga eléctrica y, en caso afirmativo, proporcionará instrucciones para administrarla. El enfermero debe asegurarse de que todos los presentes estén alejados del paciente y no estén en contacto con él durante la descarga. Luego, se debe presionar el botón de descarga según las instrucciones del DAE.

Reevaluación y cuidados posteriores: Después de una descarga exitosa o si no se requirió desfibrilación, el enfermero debe realizar una reevaluación del paciente. Esto implica verificar el ritmo cardíaco, la respiración y la conciencia del paciente. Si es necesario, se deben administrar cuidados de soporte vital, como la reanimación cardiopulmonar (RCP), hasta que llegue la ayuda médica avanzada.

Documentación y reporte: El enfermero debe documentar cuidadosamente todos los detalles de la situación, incluyendo la hora y la fecha de la aplicación del DAE, los signos vitales del paciente antes y después del procedimiento, y cualquier otra información relevante. Esta documentación es esencial para el registro médico y

el seguimiento de la atención del paciente.

El enfermero juega un papel vital en la colocación y el uso de un desfibrilador automático externo en situaciones de emergencia. Su capacidad para evaluar la situación, preparar y aplicar el DAE de manera efectiva y brindar cuidados posteriores son cruciales para mejorar las posibilidades de supervivencia del paciente. La capacitación continua y la familiarización con el equipo son esenciales para garantizar una respuesta rápida y adecuada en situaciones críticas.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal al utilizar un desfibrilador automático externo (DAE) es mantener la calma y seguir las instrucciones del dispositivo de manera precisa. En una situación de emergencia, el tiempo es esencial, por lo que es fundamental actuar con rapidez y eficacia.

En primer lugar, asegurarse de verificar que el entorno sea seguro tanto para el enfermero como para el paciente. Luego, seguir las indicaciones del DAE para aplicar los electrodos en el lugar correcto y alejarse del paciente durante la descarga. Mantener la comunicación con otras personas presentes para coordinar la asistencia y asegurarse de que se haya activado el sistema de respuesta médica de emergencia.

Además, es importante recordar que el DAE es una herramienta valiosa, pero no sustituye la importancia de buscar ayuda médica profesional. Después de administrar la descarga, continúe evaluando al paciente y siga las indicaciones proporcionadas por el dispositivo. Finalmente, documente la situación con precisión para el registro médico y el seguimiento adecuado. La capacitación en reanimación cardiopulmonar (RCP) y el uso de un DAE puede ser esencial para actuar de manera efectiva en una emergencia cardíaca.

Cada vez son más las comunidades autónomas que exigen la colocación en espacios tanto públicos como espacios cerrados de los DEA (Desfibrilador Externo Automatizado) por la mayor rapidez de auxilio que tienen ya que se puede salvar la vida de una persona que le esté produciendo una parada cardiorrespiratoria gracias a ellos. Toda persona que disponga de un curso de RCP y uso del DEA, siempre que tenga su acreditación en vigor puede utilizarlo. Real Decreto 365/2009, de 20 de marzo, por el que se establecen las condiciones y requisitos mínimos de seguridad y calidad en la utilización de desfibriladores automáticos y semiautomáticos externos fuera del ámbito sanitario.

6 Bibliografía

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

Capítulo 100

COMETIDO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE AL QUE SE LE REALIZA UNA TOMOGRAFÍA POR POSITRONES

PAULA MONREAL BRUNNER

NEREA MÁRQUEZ JIMÉNEZ

CAMILA MARÍA TERCERO ABAD

MARINA MORALES QUIRALTE

ELENA MARTINEZ ALFARO

1 Introducción

La tomografía por positrones, conocida como PET (Positron Emission Tomography), es una técnica de diagnóstico médico avanzada que permite obtener imágenes detalladas del funcionamiento interno del cuerpo humano a nivel molecular. A diferencia de otras modalidades de imagen, como la radiografía o la resonancia magnética, la PET se centra en mostrar la actividad metabólica y funcional de los tejidos y órganos en lugar de su estructura anatómica.

El procedimiento de PET implica la administración al paciente de una pequeña cantidad de una sustancia radiactiva llamada radiofármaco, que generalmente

está vinculada a una molécula biológica específica, como la glucosa. Las células del cuerpo absorben este radiofármaco, y cuando se descompone, emite positrones (partículas subatómicas cargadas positivamente). Cuando un positrón se encuentra con un electrón, se aniquilan mutuamente, liberando dos fotones de alta energía que son detectados por un escáner PET. Estos datos se utilizan para crear imágenes tridimensionales que revelan la distribución y la intensidad de la actividad metabólica en el cuerpo.

La tomografía por positrones es invaluable en la detección y el seguimiento de una amplia variedad de condiciones médicas, como cáncer, enfermedades cardíacas y neurológicas. Permite a los médicos evaluar la respuesta al tratamiento, identificar la propagación de tumores y determinar la viabilidad de la cirugía. Además, la PET también se utiliza en investigaciones médicas para estudiar procesos biológicos y evaluar nuevos tratamientos farmacológicos. Aunque involucra la exposición a una pequeña cantidad de radiación, los beneficios de diagnóstico y tratamiento que ofrece hacen que la PET sea una herramienta invaluable en la medicina moderna.

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.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 realización de una tomografía por positrones (PET) implica una colaboración interdisciplinaria, y el enfermero desempeña un papel crucial en este proceso, asegurando que el paciente reciba una atención de calidad y se sienta cómodo durante todo el procedimiento.

Preparación del paciente: El enfermero comienza por explicar al paciente el procedimiento, sus propósitos y qué esperar. Además, verifica la historia clínica del paciente y se asegura de que esté en condiciones adecuadas para someterse al PET. Esto incluye verificar alergias, niveles de glucosa en sangre y otros factores relevantes.

Administración del radiofármaco: En muchos casos, el enfermero es responsable de administrar el radiofármaco al paciente por vía intravenosa. Esto requiere una preparación cuidadosa para garantizar la seguridad y la precisión en la dosificación.

Control de calidad y seguridad: Durante el procedimiento, el enfermero trabaja en estrecha colaboración con los técnicos de imagen para garantizar que el paciente reciba la cantidad adecuada de radiación y que se sigan protocolos de seguridad rigurosos. Esto incluye la monitorización constante del paciente y la verificación de que no haya efectos adversos.

Preparación del escenario: Antes del escaneo PET, el enfermero asegura que el entorno de la sala esté adecuadamente preparado. Esto implica garantizar que los equipos sean estériles y que se disponga de los suministros necesarios.

Apoyo emocional: La realización de un PET puede ser estresante para algunos pacientes, especialmente aquellos con condiciones graves como el cáncer. El enfermero proporciona apoyo emocional, brinda información y está disponible para responder a las preguntas del paciente, ayudando a reducir la ansiedad.

Seguimiento post-PET: Una vez finalizado el escaneo, el enfermero continúa monitorizando al paciente para detectar posibles efectos secundarios y para garantizar que se recupere de manera segura. En casos en los que se haya administrado anestesia general, el enfermero supervisará el proceso de recuperación.

Documentación y comunicación: El enfermero mantiene registros precisos de todo el procedimiento, incluyendo la administración del radiofármaco, la respuesta del paciente y cualquier incidente inusual. La comunicación efectiva con el equipo médico y el paciente es esencial para garantizar una atención de calidad.

El enfermero desempeña múltiples funciones esenciales en la realización de una tomografía por positrones, desde la preparación y la administración de radiofármacos hasta el apoyo emocional y la monitorización del paciente. Su enfoque en la seguridad, la comodidad del paciente y la colaboración con el equipo médico

son fundamentales para el éxito de este procedimiento de diagnóstico avanzado.

5 Discusión-Conclusión

La principal recomendación para una buena realización de una tomografía por positrones (PET) es que el paciente siga todas las indicaciones y consejos proporcionados por el personal médico y de enfermería. Esto incluye seguir las instrucciones de ayuno antes del procedimiento y llevar consigo una lista de todos los medicamentos que esté tomando.

Además, es importante que el paciente mantenga la calma y se relaje durante el PET, ya que esto puede ayudar a obtener imágenes más claras y precisas. La ansiedad y el estrés pueden afectar la calidad de las imágenes, por lo que la colaboración activa del paciente es esencial.

Por último, confiar en el equipo médico y de enfermería. Estamos aquí para brindarle atención de alta calidad y asegurarnos de que el procedimiento se realice de manera segura y efectiva. Si tiene preguntas o inquietudes, no dude en expresarlas. Su comodidad y bienestar son nuestra prioridad, y trabajaremos juntos para garantizar una PET exitosa que proporcione la información necesaria para su atención médica.

6 Bibliografía

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

Capítulo 101

MANEJO Y ABORDAJE DE LAS DIFERENTES VÍAS AÉREAS UTILIZADAS EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

SARA CASTELLANOS CASTRO

CRISTINA SERRANO MOVILLA

MONTSERRAT COMINO BRUNNER

ELSA MOLINERO CASTAÑEDA

LOURDES IZQUIERDO MINGUEZ

1 Introducción

Se entiende como manejo de la vía aérea a las maniobras junto con el uso de dispositivos que permiten una ventilación adecuada y segura a los pacientes que lo requieren. Sin embargo, el tipo de vía aérea estará influenciada por las características del paciente (adulto o pediátrico), la disponibilidad de equipo y las habilidades del clínico. (1)

Para llevar a cabo un adecuado manejo de la vía aérea es fundamental conocer las nociones básicas de la anatomía implicada. En este caso la vía debe recorrer

el mismo camino que el aire, el cual fluye desde el medio ambiente hasta los pulmones. A lo largo de este recorrido se encuentran la cavidad nasal, nasofaringe, orofaringe, laringe (atravesando las cuerdas vocales) y tráquea (1).

Existen diferentes tipos de vías aéreas y con ellos la posibilidad de complicaciones durante el proceso de desarrollo. Algunas de las complicaciones más comunes son la ventilación difícil: incapacidad de mantener la saturación de oxígeno superior al 90% o de revertir la ventilación inadecuada, laringoscopia difícil: imposibilidad de visualizar las cuerdas vocales durante una laringoscopia convencional, intubación endotraqueal difícil: la inserción del tubo endotraqueal requiere más de tres intentos o un tiempo superior a diez minutos. Por último, destaca la vía aérea difícil, la cual es definida como la situación clínica en la cual un anestesiólogo experimenta dificultad en la ventilación con mascarilla facial, en la intubación o ambas. (2,3)

Una de las vías aéreas con mayor complejidad es la realizada en los pacientes pediátricos debido a las notables diferencias en la anatomía y fisiología comparada con el adulto. Las fosas nasales de los niños, especialmente los recién nacidos, son más pequeñas, por lo que pueden obstruirse con mayor facilidad por las secreciones. Otras complejidades asociadas a esta población son el tamaño pequeño de la boca, un mayor tamaño de la lengua y la cabeza (con relación al cuerpo), la epiglotis es larga, y la laringe se encuentra en una posición más cefálica a diferencia de los adultos (4)

Por lo tanto, conocer la anatomía y fisiología de la vía aérea es un pilar básico del médico, y especialmente del anestesiólogo. Una dificultad respiratoria implica un manejo de vía aérea avanzada como conocer las estructuras y manejo de los dispositivos necesarios, ya que garantizará la tasa de éxito en los procedimientos relacionados. (5)

2 Objetivos

- Analizar los tipos de vías aéreas y su manejo en el paciente pediátrico que requiere este tipo de ventilación.
- Dar a conocer el abordaje de los tipos de vías aéreas en función de las características del paciente pediátrico.
- Describir las técnicas más utilizadas en la realización de vías aéreas en el paciente pediátrico.

3 Metodología

Para el desarrollo del presente trabajo, se ha elaborado una investigación basada en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente en este ámbito. Para ello, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica de recursos científicos tales como libros y artículos 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

En general, el manejo de la vía aérea en pediatría resulta fácil en expertos, sobre todo en el caso de la ventilación con máscara facial, ya que usualmente no se encuentran dificultades durante el proceso. Sin embargo, a pesar de tener una incidencia del 0,6%, los problemas más comunes en los niños menores de un año son con la intubación traqueal. Aunque aparezcan estas complicaciones, es fundamental mantener una buena oxigenación para prevenir la hipoxia en el niño. (6)

Las vías aéreas pediátricas pueden clasificarse en tres:

- Vía aérea inesperada o imprevista:

Se produce una obstrucción aguda de la vía a inexperiencia o debido a la ejecución de maniobras erróneas sobre la vía aérea, pudiendo ser anatómica o funcional. Esta dificultad suele ser la más común y se presenta en forma crítica y aguda, lo cual requiere una intervención inmediata y efectiva adaptada a cualquier situación. (3)

- Vía aérea sospechosa:

Es una de las más complejas, ya que requiere experiencia en el ámbito de la anestesia pediátrica. Esta es causada por una inflamación de las vías respiratorias, traumatismos y/o cuerpos extraños o alergias. Son comunes en cirugías de urgencia donde los pacientes presentan alguna alteración de las vías o problemas respiratorios crónicos como asma o síndromes broncoobstructivos. (3,6)

- Vía aérea difícil anticipada:

La cual debe ser manejada por anestesiólogos pediátricos con experiencia, en centros hospitalarios con acceso a dispositivos y recursos humanos necesarios. Estos casos conllevan malformaciones anatómicas que comprometen el proceso de vía aérea, pudiendo ser congénitas (genéticas) o adquiridas (traumatismos, cirugías o quemaduras). Patologías que comprometen la tráquea, la subglotis o las masas

mediastinales en estos pacientes son todo un reto para el propio anestesiólogo pediátrico. (6).

Por otro lado, los diferentes abordajes de la vía aérea pediátrica tienen como objetivo la ventilación con máscara facial sobre la intubación del paciente, debido a que es menos invasiva y su facilidad a la hora de aplicarse. A pesar de ello, existen situaciones que requieren la intubación del niño, por lo que se ha recomendado aplicar relajación neuromuscular para facilitar tanto la ventilación a través de máscara facial como la intubación endotraqueal. (7) Cabe destacar que el abordaje de la vía aérea dependerá de diferentes aspectos como la condición del paciente, a continuación, se describen algunas de las técnicas más utilizadas, así como los abordajes más novedosos:

- Oxigenación apneica:

Esta técnica utiliza la cánula nasal a alto flujo junto con la máscara facial convencional durante la inducción a la anestesia para reducir la posibilidad de desaturación arterial, ya que en pediatría es más rápida y grave. Es una técnica sencilla y muy efectiva, sin embargo, es contraindicada para pacientes con compromiso pulmonar previo o en UCI por posible riesgo de broncoaspiración. (8,9)

- Oxigenación extracorpórea:

Esta técnica se utiliza en cirugías cardiovasculares o del corazón en asistolia, donde la oxigenación se mantiene a través de una membrana de oxigenación externa al cuerpo y con una bomba que impulsa la circulación durante la intervención. Sin embargo, se debe tener en cuenta que este proceso mantiene el soporte cardiopulmonar durante dos horas, a partir de este tiempo genera procesos inflamatorios y alteraciones graves, poniendo el riesgo la salud del paciente. (9)

- EXIT fetal

Esta técnica requiere mantener la unión fetoplacentaria durante el parto por cesárea, a la vez que se realiza el abordaje de la vía aérea del feto a través de una laringoscopia tradicional, hasta la asistencia con fibronoscopio flexible o traqueostomía. (10)

Finalmente, cabe destacar algunos de los dispositivos más comunes utilizados para intubar. Se debe tener en cuenta que actualmente cualquier dispositivo utilizado en adultos se ha desarrollado en el ámbito pediátrico, como es el laringoscopio. Otro de los dispositivos es el supraglótico (máscaras laríngeas) o el fibrobronoscopio, disponible en diferentes tamaños y diámetros. (4)

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada para este trabajo se destacan el manejo de las vías aéreas utilizando la máscara facial y la intubación en los casos que aparecen complicaciones. Por otro lado, los tipos de vías se clasifican en tres: vía aérea inesperada o imprevista, vía aérea sospechosa y vía aérea difícil.

Especialmente en las situaciones de urgencia o de mayor complejidad, la experiencia del profesional y la disponibilidad de recursos materiales juegan un papel fundamental en que se realice un manejo correcto.

Por otro lado, se debe tener en cuenta el tipo de vía aérea en función de la clasificación descrita en este trabajo, el tipo de paciente pediátrico y las posibles patologías o complicaciones de este. Estos aspectos facilitarán la eficacia de la vía aérea, reduciendo el riesgo de complicaciones o morbilidades de la hipoxia.

Destacan como vías más utilizadas la oxigenación apnéica, oxigenación extracorpórea y la EXIT fetal.

6 Bibliografía

1. Coloma, R. O. & Álvarez, J. P. Manejo avanzado de la vía aérea. *Revista Médica Clínica de las Condes*. 2011 May, 22 (3), 270-279.
2. Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology*, 78 (1993), pp. 597-602.
3. Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology*, 98 (2003), pp. 1269-1277.
4. Machado, V. A., Núñez, J. L. F., Valenzuela, M. D., Acevedo, J. A. G., Flórez, A. F. Z., Narre, V. S. M., ... & Ríos, E. G. Vía aérea en pacientes pediátricos: Novedades en su abordaje. *Archivos de medicina*, 2022, 18(3), 2.
5. García-Araque, H. F., & Gutiérrez-Vidal, S. E. Aspectos básicos del manejo de la vía aérea: anatomía y fisiología. *Rev Mex Anest*. 2015, 38(2), 98-107.
6. Marín, P. C. E., & Engelhardt, T. Algoritmo para el manejo de la vía aérea difícil en pediatría. *Revista colombiana de Anestesiología*. 2014, 42(4), 325-334.
7. García SHH, Arencibia MAR, López-Portilla MTM, Martínez AG, Ribet IP. Tratamiento del asma bronquial en niños según la medicina Bioenergética y Natural. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río* 2015; 19:374-94.
8. Stendall C, Glaisyer H, Liversedge T. Actualización en dispositivos supraglóticos para la vía aérea pediátrica. *Revista Colombiana de Anestesiología* 2017; 45:39-50.

9. Vázquez-Soto H. Patologías asociadas a la vía aérea difícil. *Anestesia en México* 2017; 29:9-29.
10. Figueroa-Uribe F, Razo JO, Vega-Rangel V, Méndez-Trejo V, Ferrer- López M, González-Chávez NA. Escalas predictoras para identificar vía aérea difícil en población pediátrica: su utilidad en el servicio de urgencias. *Revista mexicana de pediatría* 2019; 86:162-64.

Capítulo 102

TÉCNICA DE LAVADO GÁSTRICO

LAURA CAMACHO CUESTA

FRANCISCO MAROTO ESTRADA

JAVIER MARTÍN MACÍAS

NATALIA MARTÍN MACÍAS

JULIA LERIDA CAMUÑAS

1 Introducción

El lavado gástrico es una técnica muy común en urgencias por el cual se vacía el contenido que del estómago, de forma que las sustancias no lleguen al resto del tubo digestivo y así poder evitar que sean absorbidas por el organismo. Es muy importante conocer esta técnica ya que son muy frecuentes las intoxicaciones agudas, cada vez más, siendo sobre un 0,5 y un 2 % las razones de consulta en este servicio y en su mayoría de forma voluntaria, lo que llamaríamos intento autolítico.

El tratamiento va a depender de la clínica individual de cada paciente y de las características de la sustancia nociva ingerida, basándose sobre todo en soporte cardiorrespiratorio, administración del antídoto correspondiente, reducción de la absorción del producto ingerido y en potenciar el tiempo de eliminación.

Para disminuir la absorción del tóxico ingerido, existen una serie de medidas terapéuticas como serían la administración de eméticos, el lavado gástrico o intestinal y la administración de carbón activado, siendo los tóxicos más usados en estos casos el etanol y las benzodiacepinas.

Es por todo esto, que el personal sanitario debe conocer muy bien este procedimiento, aunque también debemos saber que una de las limitaciones más importantes es el tiempo, puesto que la mayoría de los tóxicos tardan muy poco en absorberse.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Dar a conocer a los profesionales sanitarios la técnica del lavado gástrico.

Objetivos secundarios:

- Reconocer las indicaciones y complicaciones.
- Saber cuál es el material necesario para la realización de dicha técnica.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en la cual se han contado con diferentes bases de datos como Pubmed, Dialnet, Medline y Cochrane. También se ha empleado la ayuda del buscador bibliográfico Google Académico.

Se han utilizado palabras como lavado gástrico, intento autolítico e ingesta tóxica.

4 Resultados

El lavado gástrico es una técnica por la cual se coloca una sonda gástrica de grueso calibre, con una sola luz y que va desde la boca/nariz hasta el estómago. Esta técnica, en este contexto, se puede complementar administrando carbón activo, pero tiene numerosas indicaciones más como:

- Limpiar el estómago antes de una endoscopia de las vías digestivas altas si ha habido vómito hemático o alimentos previos.
- Recoger ácidos estomacales.
- Aliviar la presión en casos de obstrucción en los intestinos.
- Extraer sustancias tóxicas, venenos ingeridos accidentalmente o sobredosis de medicamentos del estómago, que pueden haberse tomado por accidente o incluso por voluntad propia, como se haría en el caso de las urgencias.
- Comprobar si hubiera sangre dentro del estómago, para así poder descartar un sangrado activo. - - Tomar muestras de los jugos gástricos para así poder analizar después su composición química o buscar microorganismos.

Es importante conocer también las complicaciones de realizar dicha técnica, siendo las más frecuentes:

- Pequeño sangrado por arañar la pared del tubo digestivo al pasar la sonda.
- Desviación de la sonda a la tráquea, pudiendo incluso llegar a provocar una neumonía.
- Ocasionar espasmo de las cuerdas vocales reactivo que dificulte la respiración durante unos segundos.
- Provocar una lesión durante la técnica de la pared del esófago o del estómago, en ocasiones pudiendo provocar una perforación que precise de cirugía.
- Problemas que puedan surgir de la sedación, en el caso de que la haya.
- Paso del contenido gástrico al intestino delgado, pudiendo empujarlo con la sonda y ocasionar una hipotermia debido a que la temperatura del líquido utilizado esté demasiado fría, estos casos se dan sobre todo en niños.

En cuanto al material que vamos a usar para realizar esta técnica nos encontramos con:

- Una sonda orogástrica, teniendo en cuenta la edad del paciente a la hora de elegir el calibre y en función de su fisonomía puede ser de una luz (tipo Levin) o de dos luces (Tipo Salem)
- Lubricante hidrosoluble
- Jeringa de 50-60ml
- Fonendoscopio
- Guantes de un solo uso
- Gasas no estériles
- Esparadrapo para fijar
- Paño, sábana o algún empapador
- Pinzas para clampar, tipo Kocher
- Recipiente para desechar el líquido del lavado extraído y restos tóxicos, a ser posible que sea graduado.
- Solución líquida a introducir, que deberá ser preparada con anterioridad según orden médica (puede ser solución salina o agua tibia a 37°C, o también puede ser carbón activado como complemento del lavado estomacal)
- En el caso de que tenga que ser por aspiración preparar el material previamente para ello.

Una vez que ya tenemos todo el material preparado, pasamos a realizar el procedimiento siguiendo los pasos que se indican a continuación:

1. Explicar al paciente la técnica, haciendo mucho hincapié en que es muy importante su colaboración.

2. Lavado de manos y colocación de guantes.
3. Colocar al paciente en posición de Fowler, siempre que no haya contraindicación.
4. Calcular la longitud de la sonda: se debe realizar una medición del trayecto nariz-oreja-epigastrio, o desde la comisura del labio, dependiendo de cual sea el orificio de entrada.
5. Preparar la sonda para la inserción: lubricar por lo menos los 15 cm distales.
6. Dependiendo del caso se introduciría la sonda por la fosa nasal, haciéndola avanzar suavemente hacia la parte posterior de la nasofaringe, pidiendo al paciente que trague cuando lleguemos a la orofaringe para que facilite la progresión hasta la longitud seleccionada o directamente por la zona bucal.
7. Se debe comprobar la posición de la sonda en el estómago, para ello se recomienda el uso de capnometría. La auscultación sobre el estómago, mientras se inyecta 50 cc de aire por la sonda, para poder escuchar el borboteo característico o la aspiración de contenido gástrico no son indicadores fiables.
8. Sujetar la sonda con esparadrapo a la nariz.
9. Introducir sobre 200 ml de líquido cada vez, bajando la sonda por debajo del nivel del paciente para así ayudar al drenaje, ya que caería por gravedad.
10. Se repetiría la maniobra hasta que el líquido salga limpio y sin restos. El volumen total a introducir será alrededor de un litro hasta obtener un líquido claro. Sería aconsejable ejercer una presión suave en el abdomen antes de cada extracción para así favorecer su eliminación. El líquido debe fluir con facilidad y en caso contrario habrá que asegurar la correcta colocación de la sonda.
11. Al finalizar el lavado, si estuviese indicado, se administraría la primera dosis de carbón activo y se pinzaría la sonda durante cinco minutos antes de drenar.
12. Retirar la sonda orogástrica/nasogástrica sin forzar, ya que podría estar acodada o atrapada a causa de algún espasmo. Se debe pinzar el extremo libre para que no salga nada de contenido gástrico.
13. Acomodar al paciente y por último, desechar los guantes,

5 Discusión-Conclusión

Para concluir, el lavado gástrico es un proceso esencial en los servicios de urgencia, especialmente en casos de intoxicaciones agudas. Este tratamiento incluye además medidas de soporte vital, administración de antidotos, reducción de la absorción y aumento de la eliminación de tóxicos.

Aunque el lavado gástrico es una técnica bastante exitosa dependerá de la rapidez de acción, debido al poco tiempo que tardan muchos tóxicos en absorberse.

Este procedimiento involucra la inserción de una sonda gástrica y en algunos casos la administración de carbón activado. Además de su uso en casos de intoxicación, el lavado gástrico se utiliza en diversas situaciones médicas, como preparación para endoscopias, alivio de obstrucciones intestinales y más.

El personal sanitario debe conocer esta técnica rigurosamente ya que debe realizarse con precaución debido a sus riesgos potenciales y sus limitaciones temporales.

6 Bibliografía

1. U.S. National Library of Medicine, Bethesda, U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health. 2021. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003882.htm>
2. David Saceda Gonzalo. Lavado gástrico. Revista Electrónica de Webconsultas.com Mayo 2020. Disponible en: <https://www.webconsultas.com/pruebas-medicas/lavado-gastrico-12518>
3. Nuria Tabuenca Prat, Laura Viscasillas Salas. Manejo de enfermería en el procedimiento de urgencia de lavado gástrico por intoxicación. Agosto 2020. Disponible en: <https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com/manejo-de-enfermeria-en-el-procedimientode-urgencia-de-lavado-gastrico-por-intoxicacion/>
3. Jiménez Mayorga, Isabel; Soto Sánchez, María; Vergara Carrasco, Luisa; Cordero Morales, Jaime; Rubio Hidalgo, Leonor; Coll Carreño, Rosario et al. Protocolo de sondaje vesical. Biblioteca Lascasas. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0509.pdf>
4. Julián Jiménez, A. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias. 5ª Edición. Hospital Universitario de Toledo. Sanofri y Viatriis 2016. Disponible en: https://toledo.sanidad.castillalamancha.es/sites/toledo.sescam.castillalamancha.es/files/publicaciones/08/07/2021/manual_de_urgencias.pdf

Capítulo 103

ENFERMERÍA EN ONCOLOGÍA: FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RESPUESTA CELULAR ANTE LA RADIACIÓN

BEATRIZ CASTILLO MONTEAGUDO

1 Introducción

No todas las estructuras biológicas responden de la misma forma ante las radiaciones ionizantes.

La radiosensibilidad consiste en la susceptibilidad o sensibilidad de dichas estructuras tras recibir radiación. Cuando, ante una determinada dosis de radiación, un elemento biológico produce una mayor respuesta y, por tanto, una mayor alteración, decimos que es más radiosensible, pues requiere menos dosis de radiación para que se logre el efecto deseado. Por otra parte, también existe el concepto contrario a la radiosensibilidad, la radiorresistencia. Esta consiste en la resistencia que presenta un organismo ante la radiación, por lo que necesitará una dosis mayor para alcanzar un efecto determinado. Cabe señalar que no existe estructura biológica radiorresistente completamente, pues siempre puede aumentarse la dosis recibida de radiación hasta que responda a la misma.

Con esto llegamos a la conclusión de que la radiosensibilidad celular es directamente proporcional a su índice mitótico e inversamente proporcional a su diferenciación.

La muerte celular por exposición a dosis de radiación muestra un comportamiento inicial en forma de curva. Generalmente, las dosis bajas producen le-

siones subletales, que pueden ser reparadas. No obstante, al incrementarse la dosis, el número de dosis letales aumenta y el comportamiento de la curva aparece de forma más lineal.

2 Objetivos

Conocer como personal de enfermería, qué factores influyen en la respuesta de las células ante la radiación como parte de nuestra formación.

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 y Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Aunque los mismos tipos de células respondan de igual forma ante la radiación, no siempre proporcionan la misma respuesta. Esto es debido a que existen diversos factores físicos, químicos y biológicos que pueden minimizar o intensificar la muerte de las células.

- Factores físicos:

- Tasa de dosis: se refiere a la dosis absorbida por unidad de masa de medio irradiado. Se expresa en un punto del medio y se mide en gray (Gy), que es la relación entre julio/kilogramo (1 julio/kg es igual a 1 Gy). La tasa de dosis absorbida es la velocidad a la que se absorbe la energía por unidad de masa y unidad de tiempo, expresándose en las unidades Gy/tiempo. Si suministramos la misma cantidad de radiación a dos células en tiempos diferentes, producirá diferente cantidad de daño, pues será mayor en la célula que recibió la dosis en un tiempo menor, ya que no tuvo tiempo de recuperarse del daño.
- LET o transferencia lineal de energía: hace referencia al concepto de transferencia lineal de energía, el cual mide la energía de la radiación que se va perdiendo a medida que traspasan la materia. Se mide en KeV/Micra (kiloelectronvoltio/micra). Si se irradia un mismo organismo biológico con radiaciones de LET

diferentes, obtendremos diversas respuestas biológicas. Las radiaciones de alta LET causarán un efecto superior a las de baja LET. Esto nos conduce al concepto de eficacia biológica relativa (RBE), que es el parámetro que relaciona el daño producido por una radiación de una determinada LET y los fotones.

- Factores químicos:

Los factores químicos han de estar en el interior de la célula en el mismo momento en que se produzca la radiación. Podemos distinguir:

- Radiosensibilizadores: consisten en sustancias que aumentan la potencia de los radicales libres, provocando que el elemento biológico sea más sensible. De esta forma pueden aumentarse los efectos que produce la radiación. Se ha demostrado que el radiosensibilizador más efectivo es el oxígeno, puesto que su efecto es más radical y universal. Sin embargo, encontramos diferencias cuando interactúa con radiaciones con distinto LET, pues el oxígeno es más eficaz ante radiaciones de bajo LET, como rayos X y gamma; pero pierde eficacia en las de alto LET, como las partículas alfa o los neutrones. El mecanismo del oxígeno es poco conocido, aunque se cree que contribuye a la fijación de las radiolesiones.
- Radioprotectores: al contrario que los anteriores, disminuyen los efectos de la radiación al reducir el potencial de los radicales libres. Los radioprotectores se dividen en tres tipos: radioprotectores propiamente dichos (compuestos sulfhídricos y antioxidantes), los adaptógenos (estimulan la radorresistencia) y los absorbentes (previenen la incorporación de yodo).

Actualmente, se está buscando el radioprotector ideal que podrá preservar la eficacia antitumoral, reducir la toxicidad y con una relación coste-efectividad aceptable.

- Factores biológicos:

Como se ha visto anteriormente, la radiosensibilidad es la respuesta que emite una determinada estructura biológica ante la radiación ionizante.

Los factores biológicos que influyen en la supervivencia celular son:

- Ciclo celular: dependiendo de la etapa del ciclo de división en el que se encuentre la célula cuando es irradiada, presentará distintos grados de sensibilidad. De forma general, las fases más radiosensibles son G1 y M (mitosis). Por el contrario, la fase S (en la que se sintetiza el ADN) se trata de una fase más radorresistente.
- Mecanismos de reparación: las células cuentan con diversos mecanismos de reparación para poder subsanar el daño que se producen en el ADN (ácido desoxirribonucleico). La radiación puede provocar lesiones de distintos grados en función de diversos factores, como hemos ido viendo anteriormente. Si estos mecanismos pueden reparar el daño considerable que la célula ha sufrido, esta sobrevivirá. Cuando las células se encuentran en reposo proliferativo, es decir,

cuando no se está dividiendo, es el momento más eficaz para realizar las reparaciones. Por otro lado, los daños menos severos, los subletales, pueden acumularse en las células, pero se reparan más frecuentemente que aquellos daños más letales. Debemos tener en cuenta que lo que verdaderamente tiene consecuencias para la célula son aquellas lesiones que han sido mal reparadas o no han podido subsanarse completamente, puesto que aparecerán mutaciones u otras alteraciones o, si son más graves, la muerte celular.

5 Discusión-Conclusión

Con esta revisión bibliográfica hemos visto qué factores influyen principalmente en cómo responden las células ante la exposición a radiaciones ionizantes.

Cabe destacar la importancia de la radioprotección para minimizar los riesgos para el paciente.

Entre los principales factores cabe destacar los factores físicos (tasa de dosis, transferencia lineal de energía...), factores químicos (radiosensibilizadores y radio protectores) y factores biológicos (ciclo celular, mecanismos de reparación...). No todas las estructuras biológicas responden de la misma manera, algunas son más susceptibles que otras a la radiación.

Al aumentar la dosis de radiación, también aumenta el peligro de padecer efectos secundarios ante la radiación.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-19202/Efectos%20de%20las%20RI_UCM_27%20nov%202014_A%20Real_pdf.
5. <https://www.comunidad.madrid/hospital/laprincesa/file/2932/download?token=CqNpDLTf>.
6. https://www.alasbimn.net/comites/tecnologos/material/Efectos_biologicos_de_las_radiaciones.pdf.

Capítulo 104

MANEJO DE LA HEMORRAGIA Y EL DOLOR EN EL PACIENTE CON ÚLCERA TUMORAL

GONZALO ALARCÓN CARRERES

MARÍA DOLORES GALLEGOS ROSA

MARÍA ÁNGELES MIÑANO ORTEGA

CORAL GARCÍA GUIJARRO

TAMARA CABAÑERO CONTRERAS

1 Introducción

Las úlceras neoplásicas son lesiones cutáneas producidas por la infiltración y proliferación de células tumorales en las estructuras de la piel (que incluye la red vascular y linfática adyacente).

Su prevalencia oscila entre el 0,6% y 9% para todos los tipos de neoplasias y aparecen en el 5-10% de los tumores metastásicos, según la literatura consultada. Aunque se desconoce la proporción de pacientes que las padecen.

El pronóstico dependerá de la etiología de la neoplasia, siendo las de peor evolución las de origen metastásico, en las cuales la mortalidad es superior al 70% en el primer año.

Existen distintas maneras de clasificar estas lesiones:

-Según su origen.

☒ Tumor primario cutáneo

☒ Metastásico

☒ Otros

- En función de si existe pérdida de la integridad cutánea o no.

☒ Abiertas

☒ Cerradas

-Dependiendo de su evolución.

☒ Exofítica

☒ Endofítica

La etiopatogenia no está del todo clara, sin embargo, la versión más aceptada apunta a que las lesiones cutáneas se producen por alteraciones vasculares y linfáticas debidas a la desorganización microvascular, coagulopatías, acumulación de sustancias de desecho, edema, hipoxia y necrosis tisular en el contexto del avance tumoral.

Se entiende que, por afectar estéticamente al paciente, el sufrimiento va más allá de lo físico, afectando a la esfera psicológica y perturbando la vida social. Se cree que, aunque no es posible curar, la realización de cuidados de Enfermería a la herida proporciona la minimización de los síntomas.

2 Objetivos

- Conocer cómo identificar y valorar una úlcera tumoral.
- Analizar el manejo del dolor y la hemorragia en un paciente con úlcera tumoral en el contexto de la atención de urgencias.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica de carácter narrativo en las siguientes bases de datos: Pubmed, Scielo, Cochrane, CUIDEN y Google académico.

Como criterios de inclusión se seleccionaron aquellos artículos que cumplieran con las siguientes características:

- Textos en idioma inglés y español
- Artículos de acceso completo y gratuito

4 Resultados

¿Cuándo debemos sospechar que estamos ante una úlcera neoplásica?

Antes de responder esta pregunta me gustaría mencionar un par de situaciones a las que nos podemos enfrentar durante nuestra práctica clínica.

Podemos confundir una úlcera de marjolin que se trata de la malignización de una úlcera crónica (en la mayoría de casos por un carcinoma epidermoide). La úlcera de marjolin puede aparecer sobre heridas abiertas de larga evolución como puede ser una UPP, LMMII, LEHSCA, Gangrena de Fournier, etc, en zonas cicatriciales como puede ser el caso de una quemadura o en injertos.

Por otro lado, también podemos confundir tumores cutáneos que muestran pérdida de la integridad cutánea con úlceras cutáneas crónicas. Los más habituales son el carcinoma basocelular y el epidermoide (los cánceres cutáneos más frecuentes). El melanoma, linfoma o los sarcomas se dan en casos más raros.

El carcinoma basocelular se presenta, de manera característica, con borde perlado bien delimitado.

Respondiendo a la pregunta que se ha planteado anteriormente, cuando observemos una lesión que no se ha resuelto con el tratamiento adecuado en 3 meses y que se caracteriza en sus estadios iniciales por presentarse como una herida que forma costra y no cura, un nódulo prominente e indoloro de rápido crecimiento, un área de inflamación con induración, piel de naranja, adherencias al tejido subyacente, placa eritematosa, vesículas violáceas o zonas de alopecia debemos sospechar una causa tumoral. Todos estos fenómenos se producen debido a que cuando aparece una úlcera neoplásica se produce una alteración en la perfusión tisular, cuyo resultado es una necrosis; el crecimiento rápido y desordenado de la masa tumoral no permite la existencia de un buen soporte vascular, originando una fragilidad vascular con escasa perfusión. A su vez, si la lesión se encuentra en un estadio más avanzado evoluciona a una lesión con un crecimiento exófitico con aspecto de coliflor o como se describe en la literatura “Fungating” o bien, a una úlcera con forma de cráter con bordes evertidos, irregulares e indurados, lecho sucio y con tejido necrótico, que evoluciona destruyendo los tejidos adyacentes, y que pueden mostrar sangrado abundante, dolor, olor desagradable y prurito.

Un estudio prospectivo con una muestra de 144 pacientes y 156 lesiones de MMIIIs (Senet, 2012) sugiere que la sospecha de malignidad ha de ser elevada ante una úlcera cutánea de MMIIIs con excesivo sangrado, tejido de hipergranulación en

bordes, y que no cura en tres meses a pesar de un tratamiento adecuado. En este trabajo, un 10,4% de las úlceras crónicas con estas características, consideradas previamente como úlceras vasculares, fueron lesiones neoplásicas, sin embargo, en otro estudio (Misciali 2013) halló una prevalencia de úlceras tumorales del 4% al realizar biopsia de manera sistemática a 257 úlceras crónicas consideradas de origen vascular.

En el caso de las úlceras de origen metastásico las más frecuentes en mujeres son en la mama por tumores de mama (39 62%) y en hombres en la pared torácica por tumores de pulmón. Otras metástasis cutáneas comunes son en cabeza y cuello (24 33,8%), en espalda, tronco y abdomen (1 3%), en ingle o axila (3 7%) y en genitales (3 5%).

Las úlceras neoplásicas se engloban dentro del grupo de heridas atípicas que requieren ser derivadas a dermatología. Estas lesiones están infradiagnosticadas y el retraso en su diagnóstico que se realiza a través de una biopsia puede determinar el pronóstico.

El diagnóstico puede hacerse tras biopsia o evaluación histológica. Sin embargo, se suele realizar en base a la historia clínica y las características de la lesión. Actualmente se recomienda la realización de biopsia tras 6 semanas-3 meses de tratamiento de una úlcera que no mejora con los cuidados adecuados. Se trata de un procedimiento simple, rápido, seguro, que no empeora el proceso de cicatrización, no aumenta el riesgo de infección, y la zona biopsiada cura en poco tiempo. En el supuesto de obtener un resultado negativo, si la sospecha clínica de neoplasia es elevada, han de hacerse biopsias repetidas para confirmar el diagnóstico. En el caso de sospechar una causa infecciosa, especialmente en personas inmunodeprimidas o que hayan viajado a zonas tropicales también se recomienda un estudio microbiológico, aunque no se recomienda tomar muestras a menos que existan signos clínicos (celulitis, fiebre, exudado purulento).

¿Cómo valorar una úlcera neoplásica?

El primer paso cuando sabemos que nos encontramos ante una úlcera neoplásica será realizar una anamnesis del paciente y una valoración holística de su situación. Valoraremos su estado físico, emocional, nutricional y psicosocial; para ello debemos conocer antecedentes de cáncer, momento evolutivo de la enfermedad oncológica, pronóstico, impacto en la calidad de vida del paciente, repercusión en la familia y el entorno, existencia de heridas crónicas de larga evolución, inmunosupresión, inmunodeficiencias, tratamientos que puedan predisponer al paciente a la ulceración, patologías asociadas o comorbilidades.

También debemos valorar desde el inicio el riesgo de hemorragia exanguinante por angioerosión, sepsis y obstrucción de la vía aérea.

Para la valoración local de la lesión en primera instancia identificaremos y registraremos su localización, tiempo de evolución, dimensiones, características del lecho (necrosis, esfacelos, granulación), estado de los bordes de la herida, aspecto de la piel perilesional, cantidad y tipo de exudado y olor, signos de infección, presencia de dolor o prurito, exposición de tejidos profundos y existencia de fistulas. Para realizar una valoración continuada disponemos de un ABC básico.

A. Aspecto de la lesión: Inspección, visualización y medición de la herida. localización, tamaño, tejido desvitalizado/ necrótico, esfacelos, piel perilesional.

B. Bacterias: manejo de la carga bacteriana. Debido a una mala vascularización aumenta el riesgo de necrosis, facilitándose la proliferación bacteriana.

C. Control del exudado: Con ello controlamos el olor, el riesgo de infección y protegemos la piel perilesional aumentando el confort del paciente.

Como enfermeros podemos utilizar el modelo de patrones funcionales de Marjory Gordon para realizar una valoración integral del paciente con el fin de identificar sus problemas de salud y establecer un plan de cuidados individualizado según sus necesidades y prioridades. Nos podemos valer de escalas validadas como la escala de Karnofsky, MnA, Lawton y Brody, índice de Barthel, índice de Katz, Yesavage, Zarit, Bristol, etc para realizar la valoración.

La úlcera neoplásica es una entidad clínica que constituye para enfermería un problema de colaboración por lo que requiere un abordaje multidisciplinar.

Los diagnósticos Nanda de enfermería más habituales que se pueden identificar en el paciente con úlcera neoplásica son:

- 00046 Deterioro de la integridad cutánea
- 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
- 00132 Dolor agudo
- 00133 Dolor crónico
- 00118 Trastorno de la imagen corporal
- 00011 Estreñimiento
- 00015 Riesgo de estreñimiento
- 00004 Riesgo de infección
- 00066 Sufrimiento espiritual
- 00061 Cansancio del rol de cuidador
- 00062 Riesgo de cansancio del rol de cuidador
- 00206 Riesgo de sangrado

- 00147 Ansiedad ante la muerte
- 00120 Baja autoestima situacional
- 00002 Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales
- 00134 Náuseas
- 00196 Motilidad gastrointestinal disfuncional
- 00028 Riesgo de déficit de volumen de líquidos
- 00195 Riesgo de desequilibrio electrolíticos
- 00095 Deterioro del patrón de sueño

Control del dolor

El dolor es un síntoma recurrente en los pacientes con úlcera neoplásica y de difícil manejo debido a su naturaleza multicausal. El manejo más efectivo y de primera línea serán los analgésicos sistémicos. A nivel local los geles de lidocaína y prilocaína han mostrado reducción del dolor evaluado a través de la escala EVA durante la cura. El uso de fórmulas con opioides no ha mostrado una mejora significativa en el manejo del dolor respecto a los geles de lidocaína y prilocaína aunque son una alternativa más que no supone riesgo para el paciente.

Otra opción terapéutica son los apósitos tipo foam de ibuprofeno, aunque se requiere más evidencia sobre estos.

Si el cambio de apósito oclusivo resulta doloroso podemos valorar la aplicación de un vendaje o el uso de una malla tubular.

No debemos olvidar que las medidas de analgesia no farmacológicas como la relajación o la distracción también nos pueden resultar de gran ayuda. Proporcionar pausas durante la cura si el paciente así lo desea.

Prevención y manejo del sangrado

El sangrado es muy habitual en úlceras neoplásicas debido a la fragilidad de los tejidos afectados. Así mismo es frecuente que el crecimiento del propio tumor lesione y rompa vasos sanguíneos. La prevención es el mejor método para controlar el sangrado de estas lesiones. Y junto a todas las medidas que hemos mencionado previamente como son humedecer los apósitos antes de retirarlos, CEAH, no usar desbridamiento quirúrgico o mecánico, no usar agua oxigenada, no usar asiduamente antisépticos, lavar por irrigación podemos añadir recomendar al paciente no rascarse si prurito, valorar el uso de una interfase en la cura o de un apósito hemostático como el alginato de calcio a modo preventivo.

En el caso de que nos enfrentemos ante una hemorragia la primera actuación será realizar compresión entre 10 y 15 minutos, hacerlo con una gasa húmeda y fría parece la opción más razonable.

Si a pesar de la compresión no cede el sangramos trataremos de manejarlo utilizando apósitos o espumas hemostáticas solos o en combinación. El uso de nitrato de plata puede ser efectiva para la cauterización de puntos sangrantes.

En hemorragias al final de la vida usar toallas de color oscuro para absorber la sangre y disminuir el sufrimiento de la persona y su familia. Podremos considerar la sedación paliativa si la hemorragia se convierte en un síntoma refractario.

Si la hemorragia persiste valoraremos derivar para cauterización, cirugía, radioterapia o utilizar con precaución otras opciones.

En caso de urgencia valorar con precaución el uso de adrenalina vía tópica en una concentración de 1/1000 ya que a nivel local puede provocar isquemia o necrosis cutánea y a nivel sistémico puede ocasionar alteraciones hemodinámicas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el paciente con úlcera tumoral padece un riesgo elevado de hemorragia respecto a otro tipo de heridas que puede requerir atención sanitaria de manera urgente. A su vez, la experiencia del dolor se puede percibir como una urgencia. La manera de abordarlo debe ser desde una perspectiva biopsicosocial, ya que estas lesiones suponen para el paciente un gran impacto en su calidad de vida debido a que cursan con dolor, olor, prurito, alto riesgo de hemorragia e infección y a su vez ocasiona en la persona alteración de la imagen corporal, disminución de la autoestima, inhibición de la sexualidad, aislamiento social y ansiedad. Y en lo que al manejo del paciente con úlcera neoplásica se refiere, requerirá el enfoque de los cuidados paliativos en un gran número de casos para su abordaje, ya que el objetivo no será la cicatrización o mejora de la herida, sino alcanzar el confort y bienestar mejorando así la calidad de vida.

6 Bibliografía

1. Montiel Vaquer L. Manejo de las úlceras cutáneas de origen tumoral; cutánides. REGIO. 1 de marzo de 2012;1(2):52-9.
2. Montero EC. Ante una úlcera cutánea, ¿cuándo debemos sospechar una causa tumoral? [Internet]. Elena Conde Montero. 2015 [citado 11 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.elenaconde.com/ante-una-ulcera-cutanea-cuando-debemos-sospechar-una-causa-tumoral/>
3. Menos días con heridas [Internet]. 2021 [citado 11 de septiembre de 2023]. Manejo de las úlceras tumorales. Disponible en: <https://www.menosdiasconheridas.com/manejo-de-las-ulceras-tumorales/>

4. Manejo de las úlceras cutáneas de origen tumoral; cutánides [Internet]. [citado 11 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-regio-revista-internacional-grupos-investigacion-339-pdf-X2253645012578954>
5. Admin C. Úlceras neoplásicas [Internet]. CMUC. 2020 [citado 11 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.centroulcerascronicas.com/noticias/ulceras-neoplasicas/>
6. ulceras_neoplasicas_guia_completa.pdf [Internet]. [citado 11 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/ulceras_neoplasicas_guia_completa.pdf
7. MONMUC.pdf [Internet]. [citado 11 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://seoq.org/docs/files2013/enfermeria/ponencias/MONMUC.pdf>
8. GUIA_ABORDAJE_U_tumorales-SACPA.pdf [Internet]. [citado 11 de septiembre de 2023]. Disponible en: http://www.cuidarypaliar.es/wp-content/uploads/2016/12/GUIA_ABORDAJE_U_tumorales-SACPA.pdf
9. 10. Malignant Wounds.pdf [Internet]. [citado 11 de septiembre de 2023]. Disponible en: <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/10.%20Malignant%20Wounds.pdf>
10. Seco Franco J. Abordaje paliativo de enfermería en las úlceras tumorales. Revisión bibliográfica. Enfermería Dermatológica. 2019;13(38 (septiembre-diciembre)):30-9.
11. Starace M, Carpanese MA, Pampaloni F, Dika E, Pileri A, Rubino D, et al. Management of malignant cutaneous wounds in oncologic patients. Support Care Cancer. 2022;30(9):7615-23.
12. Panadés Cabré J, Blanco-Blanco J. Abordaje integral de la persona con una lesión neoplásica cutánea. Plan estandarizado de cuidados de enfermería basado en la evidencia. Gerokomos. junio de 2021;32(2):131-5.

Capítulo 105

RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y EL NIVEL DE FATIGA DE LA PERSONA QUE LA DESEMPEÑA: UN ANÁLISIS ENFERMERO.

DAVID RONCERO GARCIA

VIRGINIA MERINO GARCIA

JULIA CASTELLANOS FRANCO

FRANCISCO LÓPEZ CANO

ALEXANDRA LAZAR

1 Introducción

Una de las principales causas de muerte a nivel europeo es la parada cardiorrespiratoria (PCR)(1). Las PCR se pueden dar en cualquier etapa de la vida, desde la niñez (donde suceden entre 8 y 20 niños de cada 100,000) (2) hasta la edad adulta, donde se calcula que tienen lugar un total de alrededor 250,000 PCRs anualmente, la mayoría de ellas fuera de instituciones sanitarias.

El pronóstico de las PCRs que suceden en centros hospitalarios es mayor que el de aquellas que ocurren fuera de estos, siendo la tasa de supervivencia en los

primeros del 27% mientras que de tan solo el 12% fuera de los centros hospitalarios.

La respuesta a este suceso, llamada reanimación cardiopulmonar (RCP) consiste en la realización de compresiones torácicas que permiten que se genere flujo sanguíneo, el cual provee de sangre oxigenada al cerebro y las arterias coronarias.

Realizar una RCP de calidad resulta ser el motor principal que permite mantener la función circulatoria en una PCR por lo que resulta crucial que se realice adecuadamente (2). Es por esto que la American Heart Association (AHA) hace énfasis en sus guías sobre la importancia de realizar una RCP de calidad, con compresiones eficaces, profundas, sin interrupciones y a un ritmo adecuado.

Durante la RCP es común que los resucitadores sufran de fatiga física que pueda alterar la calidad de la RCP o mermar las capacidades cognitivas y de toma de decisiones de los resucitadores, sumando a esto el hecho de que generalmente los resucitadores no son conscientes de la disminución de su rendimiento, por lo que la AHA recalca que se realicen cambios de resucitador cada 2 minutos.

2 Objetivos

El objetivo principal de este estudio es conocer cómo afecta a la calidad de la RCP la fatiga del resucitador que la desempeña.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio se realiza una revisión bibliográfica, llevando a cabo una búsqueda de artículos en las bases de datos: PUBMED, SCOPUS, y Google Académico.

La estrategia de búsqueda a seguir fue la misma 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:

("Cardiopulmonary resuscitation") AND ("Quality") AND ("fatigue" OR "physical fatigue")

Palabras clave:

- Cardiopulmonary resuscitation
- Quality
- Fatigue
- Physical fatigue

4 Resultados

Los autores Segura et al. Llevaron a cabo una investigación de tipo analítico transversal de simulación que incluyó 96 participantes que realizaron RCP durante dos minutos a un maniquí. Se analizaron las funciones cognitivas de los participantes antes y después de realizar la RCP, así como la función motora y la fatiga. Se objetivó que tras 2 minutos de RCP, los participantes a pesar de mostrar fatiga, mantenían adecuadamente la función cognitiva, lo que sostendría las recomendaciones de la ERC de cambiar de reanimador a los 2 minutos con el fin de prevenir la fatiga.

En el ensayo clínico aleatorizado (ECA) realizado por Badaki et al. Analizaron la calidad de las compresiones torácicas durante la RCP en la RCP pediátrica. Participaron un total de 45 sujetos, todos sanitarios, que realizaron RCP a dos maniqués, uno adulto y otro pediátrico, durante un tiempo de unos 10 minutos. Se halló que la profundidad de compresión media disminuyó progresivamente en ambos maniqués durante los 10 minutos de resucitación. A los participantes se les suministró a su vez una escala de fatiga que mostró que la media de fatiga en ambos maniqués aumentó (de 2.3 a 8.2 en el del niño y de 2.7 a 8.2 en el adulto). El porcentaje de compresiones adecuadas pasó a ser $\leq 70\%$ tras 2 minutos de RCP sin cambio de reanimador. Cabe destacar que la frecuencia de compresiones se mantuvo de acuerdo a las guías existentes por encima de los 100 latidos por minuto (lpm) durante los 10 minutos en todos los casos.

Por otro lado, un ECA llevado a cabo por Li et al. Estudia la fatiga durante la RCP a un neonato. El estudio incluyó un total de 30 profesionales sanitarios que realizaron RCP durante 10 minutos sobre un maniquí de un neonato, observándose una disminución de la presión compresiva de forma progresiva durante los 10 minutos de RCP

Finalmente, otro ECA realizado por Foo et al. Analiza la fatiga en 24 resucitadores que realizaron RCP sobre un maniquí durante 10 minutos seguidos. Los datos hallados por Foo et al. afirman que el ratio de compresiones efectivas tras 2 minutos de RCP continuada es $\leq 80\%$ cuando se realizan de pie o sobre un taburete y que este porcentaje se reduce a tan solo 1 minuto cuando se realizan de pie.

5 Discusión-Conclusión

Los hallazgos muestran que la calidad de la RCP se ve reducida a medida que avanza el tiempo de resucitación debido al cansancio y la fatiga que comienzan a sufrir los resucitadores, debido principalmente al esfuerzo físico que requiere la realización de la misma (1,2,4,5).

Es notable destacar la importancia de realizar cambio de resucitador, ya que la mayoría de estos estudios presentan en común la característica que a partir de los 2 minutos comienza a disminuir la calidad de la RCP, ya sea en lo que en profundidad de las compresiones se refiere, presión de las mismas o eficacia. Concuera esta reducción de la calidad a los 2 minutos con las recomendaciones de cambio de resucitador de la ERC o la AHA, lo que reafirma la importancia de este hecho como objetivo para disminuir la fatiga y así obtener una RCP de calidad.

Siendo la función educadora una de las funciones principales de la enfermería, es interesante destacar el papel de la misma dentro de la difusión de los conocimientos adecuados sobre realización de RCP.

Como se ha comentado en este estudio, la mayor parte de las PCR se producen fuera del ámbito sanitario, lo que hace crucial que se deban promover los conocimientos necesarios sobre soporte vital básico (SVB) y RCP.

El hecho de ser personal de enfermería nos confiere la oportunidad de difundir este tipo de información tanto a un gran número de poblaciones, ya sea en escuelas, empresas, centros culturales e incluso en el ámbito sanitario, con el fin de promover la realización de una RCP segura y adecuada.

6 Bibliografía

1. Segura Melgarejo F, Tomás Milán MV, Vera Catalán T, Juguera Rodríguez L, Hernández Morante JJ, Pardo Ríos M. Cognitive function and fatigue from cardiopulmonary resuscitation effort in health care professionals: a simulation test. *Emerg Rev Soc Espanola Med Emerg*. junio de 2018;30(3):205-6.
2. Badaki-Makun O, Nadel F, Donoghue A, McBride M, Niles D, Seacrist T, et al. Chest compression quality over time in pediatric resuscitations. *Pediatrics*. marzo de 2013;131(3):e797-804.
3. Heidenreich JW, Berg RA, Higdon TA, Ewy GA, Kern KB, Sanders AB. Rescuer fatigue: standard versus continuous chest-compression cardiopulmonary resus-

citation. Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med. octubre de 2006;13(10):1020-6.

4. Foo NP, Chang JH, Lin HJ, Guo HR. Rescuer fatigue and cardiopulmonary resuscitation positions: A randomized controlled crossover trial. Resuscitation. 1 de mayo de 2010;81(5):579-84.

5. Li E, Cheung PY, O'Reilly M, Aziz K, Schmölzer G. Rescuer fatigue during simulated neonatal cardiopulmonary resuscitation. J Perinatol Off J Calif Perinat Assoc. 11 de septiembre de 2014;35(2).

Capítulo 106

BENEFICIOS SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DE MIDAZOLAM INTRANASAL POR ENFERMERÍA EN LAS CRISIS CONVULSIVAS.

DAVID RONCERO GARCIA

ALEXANDRA LAZAR

FRANCISCO LÓPEZ CANO

VIRGINIA MERINO GARCIA

JULIA CASTELLANOS FRANCO

1 Introducción

Las crisis convulsivas son consideradas una emergencia neurológica que requiere, generalmente, una atención sanitaria inmediata sobre las mismas para ponerlas fin. Estas están directamente relacionadas con un aumento de la morbilidad y la mortalidad, especialmente en los pacientes pediátricos, en los cuales tienen una prevalencia del 4-7% y, en el caso de los adultos, alrededor del 5%.

Existe una relación directa entre la duración de la convulsión y el riesgo que esta acarrea para el paciente: cuanta mayor duración tiene la convulsión, mayores complicaciones neurológicas traerá y mayor morbi-mortalidad asociada llevará, de ahí que el tratamiento urgente de las mismas es vital realizarlo lo antes posible.

La mayor parte de las crisis convulsivas tienen lugar fuera de centros sanitarios, lo que implica que los fármacos empleados para paliar sus efectos deben ser administrados por personal no sanitario.

Habitualmente, los fármacos más empleados a nivel mundial para tratar las crisis convulsivas son las benzodiacepinas, siendo el más empleado el Diazepam por vía rectal. Esta benzodiacepina ha resultado de fácil uso para personal no sanitario a nivel global, ya que no necesita refrigeración ni un acceso venoso por el que ser administrado.

Pese a esto, esta medicación trae consigo algunos contras también. Existe preocupación por el hecho de que esta medicación deba de administrarse vía rectal. Esto supone que los pacientes puedan sentirse socialmente incómodos si sufren una crisis convulsiva en presencia de otras personas, además del hecho de que la mayoría de las veces el personal que lo administra no es personal sanitario y también pueden sentir rechazo hacia ello. Así mismo, se ha debatido la dificultad que puede acarrear administrar una medicación por vía rectal a un paciente en plena crisis convulsiva.

Con el fin de solventar estos problemas, se ha comenzado a emplear como fármaco alternativo otra Benzodiacepina, el Midazolam, el cual puede ser administrado por vía intranasal a través de un dispositivo atomizador, evitando a priori todos los problemas que acarrea la administración de Diazepam rectal u otros fármacos que se administren vía intravenosa e intramuscular.

2 Objetivos

El objetivo principal de este estudio es dar a conocer los beneficios que conlleva la administración de Midazolam intranasal en las convulsiones frente a los fármacos empleados habitualmente por otras vías.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio se realiza una revisión bibliográfica, llevando a cabo una búsqueda de artículos en las bases de datos: PUBMED, WOS, y SCOPUS. Se siguió la misma estrategia de búsqueda en las diferentes bases de datos: se limitó la búsqueda empleando una serie de palabras clave y se utilizó la siguiente cadena de búsqueda: ("Intranasal" AND "Midazolam") AND ("Seizure").

Las palabras clave empleadas fueron: intranasal y Midazolam.

4 Resultados

Los autores Holsti et al. Llevaron a cabo un estudio con un total de 458 pacientes pediátricos a los cuales se les había recetado medicación domiciliaria de rescate (midazolam intranasal (MIN) y diazepam rectal (DR)) para tratar las convulsiones. Se demostró que el tiempo medio desde la administración de medicación hasta el fin de las crisis fue menor en aquellos pacientes tratados con MIN frente a los tratados con DR. Así mismo, el tiempo de convulsión total fue menor en el grupo MIN respecto al grupo DR, con una diferencia media de 2 minutos. Cabe reseñar que no hallaron diferencias significativas en el tiempo de administración entre una y otra.

Por su parte, Bhattacharyya et al. Analizaron un total de 188 episodios de convulsión en 45 niños, 96 de los cuales fueron tratados con DR y 92 con MIN. Los resultados señalaron que los cambios fisiológicos producidos en el cuerpo por ambas medicaciones fueron similares, excluyendo el caso de un niño tratado con DR que sufrió hipoxia posterior. Aquellas convulsiones tratadas con DR finalizaron en los primeros 10 minutos el 88.5% de las veces, mientras que aquellas tratadas con MIN finalizaron antes de 10 minutos el 96.7% de las ocasiones. Se halló también que el tiempo de administración de la medicación fue menor en el grupo MIN respecto al grupo DR, así como que el tiempo medio de fin de la convulsión fue menor en el grupo MIN que en el DR.

En otra investigación llevada a cabo por Harbord et al. Se administró MIN en 54 convulsiones sufridas por 22 niños en ámbito extrahospitalario. Se entregaron cuestionarios a todas aquellas personas que administraron la medicación (padres, profesores, etc.), 15 de ellos con experiencia previa administrando DR. De esos 15, 13 refirieron que les resultaba mucho más sencillo administrar MIN y tras la formación, el 80% del total de los participantes prefirieron emplear MIN antes que esperar la llegada de los sanitarios. Se concluyó que el uso de MIN era más sencillo y menos invasivo que el uso de DR, siendo incluso más efectivo que el DR empleado clásicamente.

Finalmente, Mittal et al. Realizaron una investigación que comparaba la efectividad del MIN frente al diazepam intravenoso (DIB). Incluyeron 125 niños que sufrían de crisis convulsivas. Hallaron que el tiempo hasta que las convulsiones finalizaban desde la administración del medicamento era mayor en el grupo MIN frente al grupo DIV, pero que si se comparaba el tiempo desde llegada al hospital hasta fin de la convulsión, este era menor, ya que la administración del MIN era mucho más rápida y se realizaba de manera más precoz que el DIV lo que suponía una ganancia de tiempo importante.

5 Discusión-Conclusión

La administración de MIN puede ser considerada un método que mejore el tiempo en el cual se controlan las crisis convulsivas, ya no solo por su rápido tiempo de administración, sino por su facilidad de hacerlo correctamente en comparación con otros fármacos usados clásicamente.

El MIN resulta un método útil y sencillo de manejar por personal no sanitario y, ya que la mayor parte de las convulsiones tienen lugar fuera del ámbito hospitalario, es importante conocer que el personal que lo maneja sabe cómo usarlo adecuadamente y sus opiniones sobre el producto.

Sumado a esto, el MIN parece tener menor riesgo de complicaciones y de tolerancia frente a otros fármacos como el DR, sumado al mayor tiempo de acción y de administración, y a su coste reducido.

Siendo el personal de enfermería el principal responsable a la hora de administrar medicación, resulta crucial que este personal conozca las últimas actualizaciones en administración de medicación durante crisis convulsivas, con el fin de cerciorarse, junto con el resto del equipo sanitario, que siempre se escoge la mejor ruta terapéutica.

El hecho de que la mayor parte de las crisis convulsivas sucedan fuera de centros sanitarios, se hace indispensable que la administración de los fármacos que palian los efectos convulsivos resulte de lo más práctica y sencilla posible, no solo para el administrador, sino para el paciente que sufre la convulsión. Es vital preservar la intimidad del paciente y hacer del proceso lo menos invasivo posible, siempre estableciendo un término medio con obtener la mayor eficacia y eficiencia.

El personal de enfermería debe realizar sesiones de educación sanitaria hacia personal sanitario y no sanitario, asesorando sobre el uso de estos dispositivos, sus ventajas y sus inconvenientes.

6 Bibliografía

1. Holsti M, Dudley N, Schunk J, Adelgais K, Greenberg R, Olsen C, et al. Intranasal midazolam vs rectal diazepam for the home treatment of acute seizures in pediatric patients with epilepsy. *Arch Pediatr Adolesc Med.* agosto de 2010;164(8):747-53.
2. Madhumita B, Veena K, Sheffali G. Intranasal midazolam vs rectal diazepam in acute childhood seizures. *Pediatr Neurol* [Internet]. mayo de 2006 [citado 12 de septiembre de 2023];34(5). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16647994/>

3. Harbord M, Kyrkou N, Kyrkou M, Kay D, Coulthard K. Use of intranasal midazolam to treat acute seizures in paediatric community settings. *J Paediatr Child Health* [Internet]. octubre de 2004 [citado 12 de septiembre de 2023];40(9-10). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15367152/>
4. Wheless JW, Meng TC, Van Ess PJ, Detyniecki K, Sequeira DJ, Pullman WE. Safety and efficacy of midazolam nasal spray in the outpatient treatment of patients with seizure clusters: An open-label extension trial. *Epilepsia* [Internet]. septiembre de 2019 [citado 12 de septiembre de 2023];60(9). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31353457/>
5. Mittal P, Manohar M, Rawat A. Comparative study of intranasal midazolam and intravenous diazepam sedation for procedures and seizures. *Indian J Paediatr* [Internet]. noviembre de 2006 [citado 12 de septiembre de 2023];73(11). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17127776/>

Capítulo 107

ACTUACION DE ENFERMERIA EN NEONATOS CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA

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 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 en neonatos con síndrome de abstinencia. El síndrome de abstinencia neonatal (SNA) se puede definir como el conjunto de signos y síntomas que el recién nacido experimenta una vez se produce el nacimiento, al haber estado expuesto a sustancias tóxicas, consumidas por la madre, durante su desarrollo intrauterino.

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 cuáles son las funciones ante un neonato con síndrome de abstinencia.

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

El síndrome de abstinencia no tiene un patrón fijo de presentación, si no, que el inicio dependerá de la cantidad y el tipo de droga consumida por la madre y, en la semana de embarazo que comenzó y finalizó el consumo. Así, se puede observar el inicio entre las 4 – 24 horas del nacimiento para opiáceos llegando hasta los 8 – 14 días post nacimiento, aunque lo habitual es realizar control de síntomas las primeras 48 – 72 horas.

Para reconocer los signos y síntomas de alarma del síndrome de abstinencia, primeramente, se deberá conocer que sustancia ha estado consumiendo la madre,

ya que éstos van a depender de dicha sustancia. Aunque hay síntomas comunes para todas las drogas como son hipoglucemia, hipomagnesemia, sepsis, irritabilidad, temblores, nerviosismo, insomnio, febrícula o fiebre, diarrea y vómitos, se deberán distinguir los específicos de cada droga, así, con el consumo de opiáceos, además, se pueden ver hiperreflexia, clonus, hipertonía, bostezos, estornudos, llanto agudo, reflejo de Moro exagerado; taquicardia, hipertensión arterial, taquipnea, sudoración, distrés respiratorio crónico, rinorrea, lagrimeo, midriasis; intolerancia digestiva. Si se consume benzodiacepinas también se observarán movimientos anormales, convulsiones, sudoración, temblores y/o llanto inconsolable. Con el consumo de cocaína y anfetaminas conjuntamente se observará llanto estridente, succión excesiva, hiperreflexia, malformaciones, hemorragias, infartos intracraneales e intestinales, atresia, reducción de los miembros, anomalías cardíacas y renales y, muerte súbita. Si se ha consumido marihuana además se observará sobresaltos, hiperreflexia, alteraciones del sueño, baja motilidad y menor respuesta a estímulos lumínicos.

Entre los cuidados de enfermería se encuentran el paliar dicha sintomatología y proporcionar el mayor confort al niño hasta que desaparezca toda la droga de su organismo. Para la adecuada valoración del grado de abstinencia presente en el bebé se realiza la escala modificada de Finnegan, dónde se puntuará la presencia o no de los signos descritos en dicha escala. Si la puntuación es > de 8 signos, se deberá iniciar el tratamiento adecuado.

Una vez realizada la escala, se mantendrá al bebé en la incubadora manipulándolo lo menos posible, aislándolo de la luz y los ruidos, así como, se calmará el llanto excesivo e irritabilidad mediante el uso de chupete o inmovilización con toallas. Dichos métodos se irán retirando al observar la mejoría de los síntomas.

La alimentación se deberá iniciar una vez desaparezcan los vómitos, realizando tomas pequeñas y con mayor frecuencia. Estará contraindicada la lactancia materna para evitar el traspaso de una mayor cantidad de sustancias tóxicas o posibles enfermedades de transmisión sexual al recién nacido.

Con respecto al tratamiento farmacológico que será pautado por el neonatólogo, será diferente según la sustancia tóxica consumida, aunque, generalmente se administrará 20mg/kg de fenobarbital IM seguido de 6-12mg/kg/día VO de mantenimiento c/8h. Si además la madre es HB Ag+, se administrará 0,5ml de gamma globulina anti-hepatitis B y vacuna anti-hepatitis B con 5µg antes de las 12 horas de vida, repitiéndose al mes o a los 2 meses y a los 6 meses.

5 Discusión-Conclusión

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.

El personal de enfermería está preparado para actuar en distintas áreas de un centro hospitalario.

Con respecto a la actitud a llevar a cabo en la Unidad de Neonatología, se deberá manejar cada caso individualmente, y, tener en cuenta tanto los comentarios de las matronas y ginecólogas, como la de los Servicios Sociales, ya que según la trayectoria de la madre y la sustancia tóxica consumida/tiempo de consumo, el bebé puede ser dado de alta de neonatos e irse con la madre o, puede terminar con la custodia en los Servicios Sociales.

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>.

Capítulo 108

FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN LA CONSULTA DE SALUD LABORAL DEL CENTRO HOSPITALARIO

ANDREA TOLEDANO GORDO

GLORIA GARCÍA GUTIÉRREZ

MARTA DE BODAS DEL CERRO

ESTELA CID SANCHEZ

MIGUEL SANCHEZ DE CASTRO GALINDO

1 Introducción

En todos los centros hospitalarios existe la unidad de salud laboral. La unidad está compuesta por uno o dos médicos, con la especialidad, de medicina del Trabajo, y algunas de las tres especialidades de prevención de riesgos laborales, seguridad en el trabajo, higiene industrial, ergonomía y psicosociología.

Estos médicos están ubicados en las consultas y en la zona delimitada como salud laboral. En estas consultas atienden a los profesionales del centro hospitalario ante cualquier enfermedad, accidente o causa que el trabajador de la misma crea que es indicativa de la atención del médico de salud laboral.

De este modo, con los médicos colabora, la figura de la enfermera, cuya especialidad en enfermería del trabajo o enfermería ocupacional, le permite estar en este destino, y con el fin mismo de aquellos, la atención de la salud de los trabajadores,

los indicativos para la prevención en general y en particular, la prevención de los accidentes en el centro hospitalario, abarcando, tanto las enfermedades como las secuelas de los posibles daños dentro de esa actividad profesional.

En esta consulta se atiende a los profesionales sanitarios y no sanitarios, bien a demanda de los mimos, o en las programaciones que existen dentro del centro hospitalario, vacunas, revisiones, informes, etc.

2 Objetivos

- Conocer la funcionalidad de la consulta de salud laboral y del servicio de prevención de riesgos laborales.
- Describir las funciones que la enfermera desarrolla dentro de la consulta de salud laboral y de prevención de riesgos laborales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 consulta de salud laboral de enfermería se encuentra anexa a la consulta del médico, puesto que antes de pasar a la consulta de éste, el profesional es atendido, primeramente por la enfermera.

En la primera visita del profesional, la enfermera, abre un expediente nuevo del trabajador, con sus datos de filiación, antecedentes de enfermedades, tipos de alergias y un breve cuestionario sobre hábitos de vida, así como, el puesto o servicio donde está destinado dentro del centro hospitalario.

Seguidamente, la enfermera, realiza, la toma de las constantes vitales del profesional, oxigenación, tensión sanguínea, ritmo cardiaco y un electrocardiograma y analítica básica de sangre. Esta información es anotada en el expediente del trabajador, así, como si fuese preciso, el resultado de las pruebas diagnósticas que la enfermera pudiera pautar.

En las consultas a demanda del trabajador, no es necesario cita previa, pero sí para la revisión de la próxima cita, que la enfermera, anotada en la agenda, programa vía llamada de teléfono. Estas revisiones suelen ser programadas anualmente, si el trabajador durante este tiempo no ha tenido ninguna alteración o sintomatología de enfermedad.

En los accidentes laborales, el trabajador debe acudir siempre a la consulta de salud laboral, para su atención, cuidado o cura de cualquier incidencia. Desde esta consulta se derivará a las pruebas diagnósticas oportunas. Cuando se produce un accidente laboral, la baja por incapacidad en accidente laboral, es enviada a la mutua de seguros que tiene concertada el centro hospitalario, que será la encargada desde ese momento, de la atención, rehabilitación y del alta médica del profesional.

La enfermera en la consulta de salud laboral también fomenta la prevención de riesgos laborales, en coordinación con el prevencionista del centro hospitalario, en charlas, coloquios y panfletos que se les dan a los profesionales del centro.

En los periodos de vacunación, y durante todo el año, la enfermera de salud laboral, recuerda a los trabajadores, la posibilidad de la vacunación para la gripe, y para el COVID, programando las visitas para su puesta de la vacuna.

5 Discusión-Conclusión

La enfermera de salud laboral tiene siempre y en todo momento una gran cantidad de carga de trabajo, suele haber solamente una profesional sanitaria, sumo dos para la atención de todos los trabajadores del centro hospitalario. Se hace un llamamiento para la administración sanitaria para que refuerce este servicio de salud laboral y prevención de riesgos laborales, con la incorporación de nuevos profesionales, aumentando la plantilla del mismo.

Reseñar, desde estas líneas, y abarcando a todas las enfermeras, pero sobre todo a la destinada en salud laboral, la gran labor que se realizó durante la pandemia, con la puesta de infinidad de vacunas para luchar contra la pandemia del Sars-COV-19, realizando una labor exhaustiva en todo momento.

6 Bibliografía

1. La enfermera en salud laboral. Disponible en: <https://scielo.isciii.es>.
2. Enfermería del trabajo. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es>.
3. El servicio de prevención y salud laboral. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid.es>.

Capítulo 109

FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN LA UCSI (UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO)

ANDREA TOLEDANO GORDO

GLORIA GARCÍA GUTIÉRREZ

MARTA DE BODAS DEL CERRO

ESTELA CID SANCHEZ

MIGUEL SANCHEZ DE CASTRO GALINDO

1 Introducción

La unidad de cirugía sin ingreso (UCSI) se encarga del cuidado y de administrar los cuidados necesarios a aquellos pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente y que no necesitan de un ingreso hospitalario, por lo tanto, son intervenciones ambulatorias y programadas, cuya alta hospitalaria se produce en el mismo día, punciones, colonoscopias, abscesos, extirpaciones de pequeños bultos de grasa, etc.

La UCSI, se compone estructuralmente de la sala de espera de los familiares de los pacientes, los boxes correspondientes, los sillones y los vestuarios para los pacientes, y de un equipo multidisciplinar, donde destacan los profesionales sanitarios y los profesionales no sanitarios, anestesistas, auxiliares de enfermería,

enfermeras, celadores y auxiliares administrativos, todos con un fin común, la recuperación del paciente después de la intervención.

El auxiliar administrativo programa las agendas de los días de intervención de los pacientes, realizando la llamada telefónica a los mismos, informándoles del día y la hora de la misma. Al mismo tiempo, la enfermera, le informa que debe acudir en ayunas, sin ningún tipo de abalorio, como pendientes, relojes o sortijas, y en caso de tratarse de zonas íntimas que vayan a ser intervenidas, que venga rasurado.

El día de la intervención programada, es el celador de la unidad, quien se encarga de pasar al paciente al vestuario, donde se despojará de la ropa de calle y se colocará una bata y las calzas para los pies.

2 Objetivos

- Describir funcional y estructuralmente la UCSI.
- Conocer las funciones que la enfermera ejerce en la UCSI.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 enfermera cuyo destino está en la UCSI realiza, además de las labores asistenciales, funciones administrativas como son la incorporación de todos los datos en el fichero del expediente de cada paciente. Las funciones de la enfermera se pueden englobar en cuatro fases.

Funciones en la fase del preoperatorio. La enfermera realiza una primera valoración del paciente y la intervención que se va a realizar. Esta valoración y revisión física y psíquica del paciente, recoge valores como tensión arterial, ritmo cardiaco, diabetes y la predisposición en el paciente del estado de estrés y la aceptación de ser intervenido.

Funciones en la fase del intraoperatorio. En esta fase, la enfermera, actúa como personal instrumentista, facilitando todo el contexto del quirófano, el equipo estéril, la mesa de mayo, el arco, y está pendiente de todas las constantes vitales del enfermo, pulso, oxigenación, ritmo cardíaco, etc.

En el caso de pacientes agitados, la sedación parcial, se cambia por la sedación total, y la enfermera es la encargada de dar esta información, a familiares y al propio paciente.

Funciones en la fase del postoperatorio. En esta tercera fase, la enfermera, se encarga del desarrollo normal del despertar del paciente, de observar las consecuencias o no de la anestesia, y de ofrecer los cuidados asistenciales correctos, para una pronta recuperación del paciente. Observa y anota, en todo momento, las constantes vitales del paciente, que monitorizadas, es controlado continuamente.

Funciones en la fase de alta de enfermería. Es la última fase del estadio del paso del paciente por la UCSI. En esta fase la enfermera realiza la valoración de todas las constantes del paciente, incluso del estado de consciencia que presenta. El alta médica hospitalaria y del servicio, no puede producirse sin una valoración positiva y estudiada de la hoja de enfermería. Además en esta fase, la enfermera entrega una hoja con las prescripciones médicas y de enfermería que debe realizar el paciente en su domicilio, y en consecuencia, el control por su médico y enfermera, en el caso necesario, de su centro de salud de atención primaria.

5 Discusión-Conclusión

La enfermera de la UCSI sigue los estándares protocolizados establecidos en la unidad, para lograr con éxito, la más pronta recuperación del paciente. No hay que olvidar que estos protocolos, así, como la unidad, son servicios ofrecidos por los centros hospitalarios desde hace poco tiempo. La enfermera especializada en la unidad de cirugía mayor ambulatoria lleva poco más de medio siglo ofreciendo sus cuidados y asistencia a estos pacientes intervenidos de modo ambulatorio.

En esta labor que desarrolla la enfermera en la unidad se echa en falta el protocolo de humanización y trato con los pacientes, debido, en gran medida, al poco tiempo que permanece el paciente en la misma, consiguiendo el alta hospitalaria, en la mayoría de los casos, en horas.

6 Bibliografía

1. El rol de la enfermera en la Unidad de Cirugía Sin Ingreso. Disponible en: <https://www.asecma.org>.
2. Unidad de Cirugía Sin Ingreso. Disponible en: <https://hmanacor.org>.
3. Área asistencia de enfermería. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid>.

Capítulo 110

LA LABOR DE LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

ANDREA TOLEDANO GORDO

GLORIA GARCÍA GUTIÉRREZ

MARTA DE BODAS DEL CERRO

ESTELA CID SANCHEZ

MIGUEL SANCHEZ DE CASTRO GALINDO

1 Introducción

Los centros hospitalarios, sobre todo, de referencia o universitarios, cuentan con un completo servicio de cardiología, encargado del cuidado y la atención a todos aquellos pacientes que presentan enfermedades o dolencias de los órganos de dicho aparato, corazón, válvulas coronarias, arritmias, cardiopatías, etc., y de la afectación y consecuencias malignas en otros órganos adyacentes, y en general en todo el organismo del paciente.

La atención y cuidado de estos pacientes se realiza en las diferentes unidades que conforman el servicio de cardiología, destacando, las consultas externas hospitalarias, las pruebas especiales de cardiología y la planta de cardiología.

Las consultas externas están especializadas en la atención ambulatoria de los pacientes internos y externos del centro hospitalario. Los internos son los pacientes ingresados en la planta de cardiología, que son trasladados por el personal de

gestión y servicios, en este caso, el celador, hasta las mismas, a prescripción del facultativo correspondiente.

En las pruebas especiales de cardiología se realizan desde las prácticas diagnósticas, hasta pruebas más agresivas, como el eco estrés.

La planta de cardiología está dedicada a la permanencia de aquellos pacientes que necesitan un ingreso hospitalario, por su salud, por intervención quirúrgica o para la administración de medicación relacionada con su proceso asistencial.

2 Objetivos

- Conocer la estructura asistencial del servicio de cardiología.
- Describir el trabajo realizado por la enfermera en cada una de las unidades que componen 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 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 de la enfermera dentro del servicio de cardiología se puede describir del siguiente modo.

-Funciones de la enfermera en las consultas externas. La enfermera en las consultas externas de cardiología auxiliará al cardiólogo en todo lo referente al estado de salud del paciente, programando las agendas y pasando los informes correspondientes a la hoja clínica del paciente que luego se remitirá al servicio de archivos o a la planta de cardiología, para su futura inclusión en la historia clínica del paciente.

En las consultas externas, la enfermera, se encarga de recepcionar los volantes de los pacientes programados, así como, de dar las correspondientes citas de las revisiones del paciente, y en el caso de la prescripción por parte del cardiólogo de alguna prueba complementaria, la expedición de dicho volante.

-Funciones de la enfermera en las pruebas diagnósticas de cardiología. Las funciones de la enfermera en las pruebas de cardiología son destacables, entre ellas la realización de los ecos estrés, donde se coloca al paciente unos electrodos en el corazón, sometiéndolo a leves corrientes, que provocan la alteración del órgano y su respuesta ante un ritmo cardiaco elevado. La enfermera en este tipo de prueba, ha colocado previamente, una vía intravenosa al paciente, ante la posible situación de la administración de algún medicamento que baje el ritmo cardiaco. En las salas del electrocardiograma, la enfermera es la encargada de la colocación de los electrodos al paciente y del registro, previamente informado del cardiólogo, de dicho resultado en la hoja clínica del paciente.

-Funciones de la enfermera en la planta de cardiología. La función primordial de la enfermera en la planta, es el cuidado y la atención de aquellos pacientes que atiende. Pasando todos los datos del mismo a la hoja clínica de la planta, así, como la medicación dada, y las pruebas complementarias que crea oportunas para su realización.

5 Discusión-Conclusión

La enfermera dentro del servicio de cardiología realiza una gran variedad de labores, encaminadas al cuidado y atención de los pacientes que tienen bajo su cargo. Esta dedicación de la enfermera aunando el esfuerzo con el resto del equipo de profesionales, presenta a un servicio de cardiología que cumple con las normas y estándares de calidad y servicio al paciente, que tiene impuesto el centro hospitalario.

Cada paciente atendido es responsabilidad de la enfermera, tanto en las curas realizadas a los mismos, como a su recuperación temprana, así como a la medicación dada y pautada por el especialista. La facultad de la enfermera de poder solicitar las pruebas complementarias que crea oportunas, es un hándicap positivo para la pronta recuperación y alta hospitalaria del paciente.

6 Bibliografía

1. Qué hace el personal de enfermería en cardiología. Disponible en: <https://www.espaciosanitario.com>.
2. La enfermera especialista en cardiología: una necesidad, un hito. Disponible en: <https://secardiología.es>.
3. Asociación española de enfermería en cardiología. Disponible en: <https://enfermeriaencardiología.com>.

Capítulo 111

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SU ACTUACIÓN ANTE UN PACIENTE CON ESOFAGITIS

ANTONIO GALIANO JURADO

LAURA ANDARIAS MORALEDA

ANA MARÍA FERNÁNDEZ MORENO

CARMEN SANCHEZ MONTAÑES MARTIN POZUELO

1 Introducción

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 paciente con esofagitis.

La mayoría de las patologías a nivel del aparato digestivo tienen como síntoma esofagitis, aun así, en incluso cualquier Gastroenteritis (GEA), puede aparecer esta sintomatología en términos generales.

El aparato digestivo esta comienza desde la boca y acaba en el ano. Esta anatomía pasa por la boca como se ha comentado, laringe, esófago, estómago, intestino delgado e intestino grueso y finaliza en el ano.

2 Objetivos

- Describir que tipo de intervenciones o cuidados básicos puede realizar el profesional de enfermería ante un paciente con una esofagitis.

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

- Se han consultado las bases de datos anteriormente nombradas y se ha podido incluir artículos que nos indican que intervención sería la adecuada en la que la enfermería pueda realizar un cuidado a un paciente que presente esofagitis.
 - La enfermera deberá conocer que además de la medicación u otros tratamientos, se recomienda seguir algunas recomendaciones generales encaminadas a reducir o evitar la duración de los episodios de reflujo:
 - En la educación sanitaria que realizara la enfermera le indicara al paciente en que no se acueste inmediatamente después de comer y evite que estos alimentos sean pesados y/o grasos o muy condimentados. Permita un margen de dos horas antes de acostarse aproximadamente. Aunque si el paciente no necesita acostarse, mejor aguantar algo más de tiempo.
- La intervención en este caso que realizaría la enfermería es que sería adecuado caminar despacio dando un paseo antes de acostarse. Pero no todos los pacientes pueden realizar esto, con lo cual sí que mejor evitar acostarse antes de dos horas después de comer.
- En caso de que el paciente consuma alcohol, café, bebidas muy frías o calientes, también podría ser conveniente que la enfermera incidiera en que hay evitar o reducir el consumo de bebidas alcohólicas y café.

- El consejo que debe realizar enfermería, evitar el sobre peso, es decir, mantener un peso adecuado o adelgazar. La obesidad es un desencadenante del reflujo. Ya que incluso con la obesidad, el paciente no podrá realizar ningún tipo de ejercicio y le afectará más el reflujo gástrico o esofagitis.
- En cuanto a la dieta enfermería, es el profesional que indicara que se intente consumir una dieta sana y equilibrada, rica en fibra y dividida en cinco o seis porciones por día en lugar de tres comidas grandes al día.

5 Discusión-Conclusión

En muchas ocasiones el tema de educación para la salud es siempre muy importante, pero en el caso en los pacientes que padecen esofagitis debe realizarse más insistiendo en los cuidados que debe realizar.

Este paciente puede no conocer las diferentes pautas que deben seguir, por ello el profesional de enfermería será el que realice tan formación con esos pacientes. Evitando que consuman alcohol, tabaco, alimentos irritantes, evitar el sedentarismo, no acostarse tras la ingesta de alimentos, entre muchos más.

También es un tema en el que el paciente deberá seguir unas revisiones cada cierto tiempo para poder evitar esa acidez o ese reflujo gástrico que le hace sentirse mal.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 112

DEFIBRILADOR EXTERNO SEMIAUTOMÁTICO

MARIA ANGELA VALERO MANCEBO

RAQUEL MARTÍN GALLEGO

ALICIA MÁRQUEZ TRUJILLO

ESPERANZA SANCHEZ ORTIZ

ANGEL LUIS LAGUNA CARRERO

1 Introducción

La parada cardiorrespiratoria (PCR) se define como “interrupción brusca, inesperada y potencialmente revocable de la circulación y respiración espontáneas; siendo su desenlace el cese del transporte de oxígeno a los órganos vitales y especialmente al cerebro. Consiste en un cese repentino de la actividad mecánica cardíaca y pulmonar, caracterizado por pérdida brusca de conciencia, apnea o presencia de boqueadas agónicas, con ausencia de pulso detectable y de signos de vida. De no ser revertido, conduce en muy poco tiempo a la muerte”.

La PCR extrahospitalaria es, por su alta incidencia y elevada mortalidad, un grave problema en los países desarrollados, considerándose un importante problema de salud pública. Se estima que la PCR extrahospitalaria se sitúa en 24.500 casos anuales, de los cuales un 65% son por Fibrilación Ventricular (FV). La PCR derivada por enfermedad coronaria es la causa de mortalidad en población adulta más importante de los países industrializados.

El pronóstico de los pacientes que sufren una parada cardíaca es tiempo-dependiente. Las medidas necesarias para lograr un aumento de la supervivencia deben estar orientadas a la activación rápida del servicio de emergencias médicas, la realización de maniobras de Reanimación Cardiopulmonar Básica por los primeros intervinientes, la aplicación temprana de la desfibrilación y la continuación de cuidados por parte de una unidad de Soporte Vital Avanzado (SVA).

Partiendo de la base que el ritmo inicial más frecuente en la PCR extrahospitalaria con testigos es la FV, que la probabilidad de desfibrilación exitosa disminuye rápidamente con el tiempo y que la FV tiende a deteriorarse a asistolia con el tiempo, se están tomando medidas implantando programas de acceso público a la desfibrilación, a través de Desfibriladores Externos Semiautomáticos (DESA).

2 Objetivos

- Destacar la importancia del uso del dispositivo DESA en el aumento de supervivencia en PCR.
- Exponer su utilidad, indicaciones y manejo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Los criterios de exclusión que se han tenido en cuenta son: artículos anteriores al año 2015. Se han contrastado artículos en idioma inglés y español. Palabras clave: desfibrilación, PCR, DESA, RCP.

4 Resultados

Un DESA es un dispositivo electrónico portátil que, a través de unos electrodos colocados sobre el pecho del paciente, es capaz de diagnosticar y tratar la PCR en adultos, y en niños desde 1 año, cuando es debida a la FV o a la TVSP, restableciendo un ritmo cardíaco efectivo eléctrica y mecánicamente. La facilidad de su uso permite que cualquier persona con un mínimo entrenamiento en su funcionamiento pueda utilizarlo. La mayoría de estos dispositivos prestan también

al usuario asistencia para realizar maniobras de RCP correctamente, proporcionando las instrucciones necesarias mediante indicaciones acústicas y luminosas. Sus niveles de seguridad y eficacia son altos, lo que ha facilitado su difusión e implantación.

El DESA es muy sencillo de manejar, ya que simplemente hay que seguir las instrucciones que dicta mediante un sistema de voz. Advierte del momento en que va a realizar la descarga y además, indica que hay que separarse del paciente al pulsar el botón que activa la desfibrilación. La única pauta un poco más laboriosa es la colocación de los electrodos en el tórax del cuerpo del paciente, para lo cual el DESA dispone de una imagen donde aparece un cuerpo con los electrodos colocados para que le sirva de guía al personal sanitario o no sanitario que lo vaya a usar. Estos electrodos se encargan de analizar el ritmo cardíaco y a continuación realizan descargas.

Secuencia de actuación en el uso del DESA :

1. Asegúrese que tanto usted como la víctima y todos los que le rodean están a salvo.
2. Si la víctima no responde ni respira con normalidad, envíe a alguien a por un DESA y alertar al Servicio de Emergencias Médicas (teléfono europeo de emergencias “112”).
3. Comience las maniobras de RCP básica con masaje cardíaco y ventilaciones boca a boca, con una secuencia de 30/2.
4. Tan pronto como llegue el desfibrilador:
 - Enciéndalo y coloque los electrodos adhesivos. Si hay más de un reanimador, se debe continuar con la RCP mientras se prepara esto.
 - Siga las instrucciones verbales o visuales
 - Asegúrese que nadie toca a la víctima mientras el DESA analiza el ritmo.
5. Actuación según las indicaciones del DESA: a.- Si está indicado un choque eléctrico
 - Pulse el botón de choque eléctrico siguiendo las indicaciones (los desfibriladores totalmente automáticos transmiten la descarga eléctrica automáticamente)
 - Siga las instrucciones visuales o verbales b.- Si no está indicado un choque eléctrico
 - Reanude de inmediato la RCP, usando una relación 30 compresiones torácicas: 2 ventilaciones.
 - Siga las instrucciones visuales o verbales
6. Continúe las instrucciones del DESA hasta que:
 - Llegue ayuda profesional y le releve en reanimación

- La víctima comience a respirar con normalidad
- Se quede agotado

5 Discusión-Conclusión

Debido a que la mayoría de paradas cardiorrespiratorias se producen fuera del ámbito hospitalario, si no se actúa con rapidez en estos casos las posibilidades de recuperación serán escasas. Está demostrado que la desfibrilación es el único tratamiento efectivo de un paro cardíaco súbito causado por Fibrilación Ventricular o Taquicardia Ventricular sin pulso. La evidencia científica indica que la desfibrilación temprana es determinante en la recuperación de la víctima. Las posibilidades de conseguir una desfibrilación exitosa se reducen un 10% por cada minuto que se retrase. Esta desfibrilación puede aplicarse de manera eficaz con un DESA.

La aplicación de las maniobras Resucitación Cardiopulmonar (RCP) Básica, aunque no es un tratamiento definitivo, puede ayudar a mantener a la víctima en las mejores condiciones para que pueda ser revertido posteriormente el paro cardíaco causado por Fibrilación Ventricular o Taquicardia Ventricular sin pulso. Por ello, es necesario el conocimiento de la población de las medidas de reanimación cardiopulmonar básica y de utilización de los desfibriladores semiautomáticos, cuya presencia es cada vez más habitual en los lugares de gran afluencia de población.

6 Bibliografía

1. Plan Nacional de la RCP. Uso de un desfibrilador externo semi-automático
2. Asociación Corazón y Vida. [Internet]. Desfibriladores externos automatizados, una utopía más cerca de la realidad. Disponible en: http://www.corazonyvida.org/Desfibriladores_externos_automatizados_una_utopia_mas_cerca_de_la_realidad_a740.html
3. Ballesteros Peña S. Supervivencia extrahospitalaria tras una parada cardiorrespiratoria en España: una revisión de la literatura. *Emergencias*. 2013;25:137-42.
4. Ballesteros Peña S, Lorrio Palomino S, Rollán Vallejos J. Errores del desfibrilador semiautomático en el reconocimiento de la fibrilación ventricular. *Emergencias*. 2013;25:119-22.

Capítulo 113

ICTUS ISQUÉMICO Y LA IMPORTANCIA DE LA ENFERMERIA EN EL MANEJO EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN EN LA URGENCIA

MARIA HORNA MARTINEZ

1 Introducción

El ictus o accidente cerebro vascular (derrame cerebral), se trata de un proceso tiempo dependiente, en el que el diagnóstico y el tratamiento tiene que hacerse en el menor tiempo posible, ya que se trata de una interrupción súbita del flujo sanguíneo en el cerebro, en el cual las células nerviosas no recibirán oxígeno suficiente, produciéndose una isquemia o muerte. Esta interrupción puede ser reversible o irreversible, provocando un daño neuronal.

Cuanto antes se haga el diagnóstico, mejor pronóstico y menor número de secuelas conllevará. El tratamiento i/v será más efectivo si se realiza en menos de cuatro horas y media.

Podemos encontrar dos tipos de ictus: isquémico (el que es producido por un trombo o émbolo que obstruye una arteria) o hemorrágico (el que es consecuencia de una hemorragia subaracnoidea o intracerebral).

Es de vital importancia la detección precoz de los síntomas desde que estos se inician, así como la rápida actuación frente a ellos para evitar posibles complicaciones futuras. De la misma manera, es de suma importancia tener conocimientos

específicos a la hora de administrar una determinada medicación u otra según los resultados de las pruebas de imagen (y, por tanto, el tipo de ictus), ya que las dosis máximas, tiempos de administración y concentraciones varían.

2 Objetivos

-Analizar las diferencias entre la administración de Alteplasa y Tenecteplasa en los pacientes con código ictus isquémico y conocer el papel que tiene la enfermería en su administración.

3 Metodología

La información obtenida se basa en una revisión bibliográfica.

Para ello se han realizado búsquedas en diferentes bases de datos: Cuiden, Chrochane plus, PubMed y Scielo.

Los descriptores empleados han sido: código ictus, enfermería, ictus isquémico, Tenecteplasa, Alteplasa y urgencias.

Los operadores booleanos fueron: and, or y comillas.

Los artículos han sido publicados en los últimos cinco años, tanto en inglés como en español.

4 Resultados

Los pacientes llegan a la puerta de urgencias del hospital por diferentes medios: derivados de otros hospitales, mediante los dispositivos de apoyo de urgencia o por su propio pie.

A la llegada a urgencias se produce la transferencia de información de interés, con el equipo médico, familia y o paciente.

El médico realizará una valoración neurológica: escala NIHSS.

Al activar el código ictus, se llamará al neurólogo y radiólogo, mientras que a la par se realizarán peticiones de pruebas (analítica, sanguínea, TAC...).

Mientras tanto, enfermería, deberá: colocar al paciente en decúbito con la cabecera a 30°, mantendrá el protocolo ABC para soporte vital. Monitorizará al paciente. Tomará constantes: TA, Sat, Fc, T^a, DTx. Canalizará dos vías periféricas de gran calibre para fluidoterapia, contraste... La analítica deberá ser llevada en mano a poder ser, y si el protocolo precisa se realizará antígenos de COVID-19. También recordaremos o ayudaremos a la retirada de joyas, ropa...

Tras la realización del tac, se confirmará el ictus isquémico.

La enfermera tendrá que tener una serie de precauciones:

- Vía e/v con SSF (soluciones glucosadas solo si hipoglucemias).
- Evitar punciones arteriales y vías centrales.
- Evitar SV.
- No administrar antiagregantes ni anticoagulantes, ya que aumentaría el riesgo de sangrado (si está anticoagulado hacer INR).
- Cabecera 30°.
- Antes de la administración del fibrinolítico habrá que tomar una nueva T/A para la estabilización del paciente. Si TAS> 185 o TAD>105 tratamiento con Labetalol o Urapidilo (mirad contraindicaciones).
- Mantener glucemias entre 70-150 mg/dl (tratar con insulina rápida y SF).
- Oximetría si Sat < 94%. Mantener Sat >92%.
- Control T^a Si >37,5 paracetamol o metamizol (si >38 añadir también hemocultivos)

Tanto el neurólogo como el radiólogo, valorarán conjuntamente la administración o no del fármaco fibrinolítico y la trombectomía. El fibrinolítico a utilizar será en función de los resultados (tamaño del trombo y/o localización). Durante la administración, se deberá vigilar signos de sangrado y se realizará valoración neurológica.

Desde la realización del tac es importante saber si el paciente es candidato (Tenecteplasa) o no (alteplasa) a la trombectomía.

Ambos fibrinolíticos deberían administrarse en la misma sala del TAC. Enfermería debe conocer y manejar ambos fibrinolíticos. Su administración depende del peso del paciente en el cálculo de dosis y administración de estos fibrinolíticos es diferente. Ambos fibrinolíticos pueden conservarse 24 h en el frigorífico para su posterior administración.

-Alteplasa/Actylise:

En la práctica es la más utilizada.

Es el fármaco con mejor evidencia científica.

El efecto lítico es reducido.

Complicada trombectomía por la fragmentación y migración del trombo.

Cálculo de dosis: 0,9 mg x Kg

Dosis máxima: 90 mg.

Administración mediante bomba: El 10% en bolo en 1 minuto y el 90% en 59 minutos.

Existen dos presentaciones: 20 mg y 50 mg.

Concentración: 1 ml= 1 mg

Contraindicaciones Actylise:

- Riesgo hemorrágico SNC: Hemorragia (HSA), aneurisma, MAV, neoplasia, TCE grave, cirugía cráneo-medular, ictus 3 meses.

- Riesgo hemorrágico sistémico:

- Anticoagulación: INR >1,7

- Cirugía mayor o trauma grave.

- Enfermedad ulcerativa gastrointestinal.

- Enfermedad hepática grave.

- Dependencia previa o Rankin >3

- Inestabilidad hemodinámica o fallo de regulación de TA o glucemia.

- Tenecteplasa/ Metalyse:

Mejora la farmacocinética.

Mejor pronóstico previo a la trombectomía.

Menor riesgo de sangrado y mejor tasa de reperfusión.

Mayor especificidad a la fibrina.

Cálculo de dosis: 0,25 mg x Kg

Dosis máxima: 25 mg.

Administración en bolo.

Existen dos presentaciones: 8000ui y 10000ui.

Concentración: 1 ml= 5 mg

5 Discusión-Conclusión

El código ictus es un proceso tiempo, dependiente, por lo que una rápida detección y administración del tratamiento fibrinolítico, así como la trombectomía, es fundamental para una recuperación y evitar las posibles secuelas que puedan generar.

El tratamiento fibrinolítico con Alteplasa y Tenecteplasa tiene formas específicas y bien diferenciadas de administración, por lo que es muy importante que el personal de enfermería controle ambos fármacos, así como los cuidados específicos que requiere una persona con ese tratamiento por el elevado riesgo de sangrado.

Ambos fibrinolíticos tienen una alta tasa de éxito. Sin embargo, la administración de Tenecteplasa en el tratamiento fibrinolítico previo a la trombectomía, está asociado a una mayor tasa de éxito de reperusión en comparación con la administración de Alteplasa y además su coste es menor y su administración más rápida, por lo que se necesitan menos recursos.

6 Bibliografía

1. Campbell, BCV. Mitchell, PJ. Churilov, L. Yassi, N. Kleining, TJ. Dowling, RJ, et al. Tenecteplasa versus alteplasa antes de la trombectomía en el accidente cerebrovascular isquémico. *N Engl J Med*. 2018; 378(17):1573-1582.
2. Torres Zafra, JF. Pérez Romero, GE. Eficacia y seguridad del tenecteplase en el tratamiento del ACV isquémico agudo. *Acta Neurol Colomb*. 2020. 36(2):110-115.
3. Montecinos, C. Angel, MJ. Navia, V. Trombolisis endovenosa con tenecteplasa en ventana extendida tras selección por TC y Angio TC: Caso clínico. 2021. *Med Chile*; 149:128-131.
4. Gilling Garayalde, GE. García Vallejo, KK. Ramírez Suque, AE. Pogo Carrillo, DI. Rodríguez Hidalgo, MY. Manejo de trombolíticos en pacientes con enfermedades cerebrovasculares de tipo isquémicas e cuidados críticos. *Ciencia Latic Rev Cient Mult*. 2022; 6(3):2187-2205.
5. Zitek, T. Atava, R. Brea, I. Using tenecteplase for acute ischemic stroke: What is the hold up?. *West J Emerg Med*. 2020. 21(2):199-202.
6. Li, G. Wang, C. Wang, S. Xiong, Y. Zhao, X. Tenecteplase in ischemic stroke: Challenge and opportunity. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2022. 11(18):1013-1026.
7. Berge, E. Whitelev G. Audeberto, H. De Marchis, GM. Fonseca, AC. Padislioni, C. Pérez De la Ossa, N. Strbian, D. Tsivgoulis, G. Turc, G. European Stroke Organisation (ESO) guidelines on intravenous thrombolysis for acute ischaemic stroke. *Eur Stroke J*. 2021. 6(1):1-62.

Capítulo 114

ATENCIÓN AL PARTO EXTRAHOSPITALARIO

MARIA ANGELA VALERO MANCEBO

RAQUEL MARTÍN GALLEGO

ALICIA MÁRQUEZ TRUJILLO

ESPERANZA SANCHEZ ORTIZ

ANGEL LUIS LAGUNA CARRERO

1 Introducción

El parto es un proceso fisiológico que normalmente se inicia de forma espontánea entre la semana 37 y 42 de gestación, y habitualmente en países desarrollados suele tener lugar en el medio hospitalario.

En ocasiones se presenta un parto de forma inesperada fuera del hospital, ya sea en el domicilio, en la calle o en otro entorno, pudiendo estar involucrado en su atención tanto personal de emergencias como miembros de los cuerpos de seguridad, bomberos o incluso transeúntes. En esta situación se añade además la ausencia de la tecnología y los medios propios de un paritorio.

Aunque el parto extrahospitalario sea una situación que se presenta con una incidencia muy baja, es una situación que genera mucha ansiedad al equipo sanitario que lo atiende y que conlleva la atención conjunta de dos pacientes, tanto de la madre como del neonato. Las causas más frecuentes de parto de urgencia

extrahospitalario son: el parto precipitado, el parto pretérmino y el parto de la gestante con problemas psicosociales. El parto extrahospitalario se considera una urgencia porque se presenta de forma inesperada. Es considerado una urgencia obstétrica, puesto que debe ser atendido fuera de las condiciones ideales de una sala de partos en un hospital.

2 Objetivos

- Adquirir los conocimientos básicos necesarios para realizar una asistencia eficaz, tanto materna como neonatal en caso de un parto inesperado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Los criterios de exclusión que se han tenido en cuenta son: artículos anteriores al año 2010. Se han contrastado artículos en idioma inglés y español. Palabras clave: parto extrahospitalario, asistencia.

4 Resultados

En primer lugar, especificar que se trasladará a la gestante a un hospital lo antes posible si es factible, si eso no es posible, se atenderá el mismo llevando a cabo las siguientes pautas:

Es importante cuidar el entorno donde se vaya a producir el parto, buscando siempre el confort y la privacidad de la mujer y el recién nacido. Son necesarios materiales básicos útiles para la atención al parto: guantes y paños estériles, pinzas para el cordón umbilical (2 unidades), pinzas de Kocher estériles (2 unidades), tijera estéril, gasas y compresas, equipo de venoclisis, sonda de aspiración neonatal (nº 8 y nº 10). La gestante debe colocarse de forma que se encuentre cómoda y segura. Recopilar datos de la embarazada, en cuanto nos sea posible, bien por la cartilla del control del embarazo, por un familiar o por ella misma, si la situación lo permite; es importante conocer las semanas de gestación, paridad, transcurso

del embarazo, factores de riesgo y todo aquello que nos lleve a tener una información lo más completa posible del embarazo. Valorar el descenso de la cabeza fetal por el periné con los pujos espontáneos y animarla a que los realice según su ritmo de contracciones. No hay que manipular en exceso el periné ni realizar episiotomía. Cuando sale la cabeza de recién nacido es muy importante limpiarle la cara y favorecer la salida de secreciones. Valorar la presencia de circular de cordón. Si no se visualiza hay que tocar el cuello del bebé con la mano; lo más correcto sería deslizarla por la cabeza, pero si tiene una circular apretada hay que cortarla (pinzar primero con dos pinzas de Kocher y seguidamente cortar con tijera estéril). Se debe esperar a la siguiente contracción para que el bebé rote la cabeza y cuando suceda, sujetar su cabeza con las dos manos, traccionando hacia abajo para que salga el primer hombro (hombro anterior) y a continuación movilizar hacia arriba para que salgan tanto el hombro posterior y el resto del cuerpo.

Colocar al recién nacido encima de la madre bien seco y tapado, siendo quizás lo más importante, en contacto piel con piel para evitar la pérdida de calor (sobre todo la cabeza, que es la superficie más grande respecto al cuerpo). Valorar el aspecto y adaptación del recién nacido, mediante el test de Apgar. Cortaremos el cordón umbilical cuando haya dejado de latir y con tijeras estériles (pinzando primero con pinzas estériles en dos puntos a unos 4-5 cm del ombligo) si no tenemos no es necesario cortarlo.

Si el alumbramiento es espontáneo cuando cortamos el cordón, recoger la placenta sin traccionar ni manipular y guardarla para que sea posteriormente inspeccionada por personal experto. Si no ocurre, colocarla envuelta en una toalla a nivel de los hombros de la madre. Tras alumbramiento, valorar las constantes vitales de la madre, sangrado, altura uterina, adaptación del recién nacido y vigilar que no pierda calor. Si se ha podido canalizar vía periférica y disponemos de Oxitocina sintética, se administra perfusión en Suero Fisiológico o Ringer Lactato con 1 ampolla de la misma a unos 150 ml/h; si no contamos con esta puede administrarse también vía intramuscular.

Cuando la situación esté controlada, trasladar a la madre y al bebé, sin separarlos, al hospital más cercano.

5 Discusión-Conclusión

El parto extrahospitalario es una urgencia poco frecuente, pero que requiere que el personal sanitario esté formado. En el manejo de un parto extrahospitalario es importante tener unos conocimientos actualizados que ayudarán a llevar a cabo

unos cuidados lo más óptimos posible tanto a la madre como al recién nacido dentro de las posibilidades que pueda ofrecer la asistencia en un ámbito fuera del hospital.

Se debe reconocer la fase de parto en la que se encuentra la gestante y ver así si va a realizar una asistencia inminente o un traslado. Si el parto es rápido, lo normal es que el niño pueda nacer con una mínima asistencia por parte del equipo sanitario de la ambulancia.

Es necesario conseguir minimizar al máximo el riesgo que ambos pueden sufrir al no estar en las condiciones más adecuadas para el parto. Siempre que sea posible se trasladará al hospital y si no lo fuese, pese a ser por lo general un parto rápido, hay que tener en cuenta y estar preparado para las posibles complicaciones que puedan surgir (hemorragia postparto, distocia de hombros, reanimación neonatal etc.).

6 Bibliografía

1. Manual de atención al parto en el ámbito extrahospitalario. Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. Madrid: Instituto de Gestión Sanitaria; 2013. Disponible en: <http://publicacionesoficiales.boe.es/>
2. Fernández N, Leal E, García S, Vázquez M. Atención al parto extrahospitalario. *Semergen*. 2016;42(5): 331-5.
3. Procedimiento para los cuidados de Enfermería en la atención al “parto inminente” fuera del área de partos: en planta o en urgencias hospitalarias o extrahospitalarias, editado por la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias.
4. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en: <http://publicaciones.administraciones.es>.

Capítulo 115

ENFERMERÍA EN ONCOLOGÍA: LOS AGENTES CARCINÓGENOS

MARIA VICTORIA CASARRUBIOS CARRASCO

1 Introducción

Un carcinógeno es un agente físico, químico o biológico que es capaz de producir cáncer al exponerse a tejidos vivos.

La IARC (International Agency for Research on Cancer) utiliza una clasificación para los agentes carcinógenos, que va del grupo 1 (donde entran los agentes que son carcinógenos para los seres humanos) hasta el grupo 4 (donde el agente probablemente no es carcinógeno en los seres humanos).

Los oncogenes son el resultado de las mutaciones en los protooncogenes. Estos últimos son genes normales que codifican proteínas que favorecen la proliferación celular. Por tanto, los oncogenes son protooncogenes mutados, los cuales producen oncoproteínas que inducen al crecimiento autónomo en las células cancerosas.

Promueven el crecimiento sin que existan señales que lo impulsen y tienen autosuficiencia de crecimiento puesto que no dependen de factores de crecimiento. Las células cancerosas son capaces de crear estos factores o producir una respuesta exagerada a los niveles bajos de estos que hay en condiciones fisiológicas y que son insuficientes para impulsar la proliferación.

Para el desarrollo de un cáncer, es preciso que se produzcan varias mutaciones genéticas en las células. Es improbable que una mutación por sí sola produzca un tumor maligno.

Los principales genes en los que se pueden llegar a producir estas mutaciones son:

- Protooncogenes o genes promotores del crecimiento.
- Genes supresores del crecimiento.
- Genes reguladores de la apoptosis.
- Genes reparadores del ADN.

2 Objetivos

- Dar a conocer los principales agentes carcinógenos como parte de nuestra formación como personal de enfermería, para así poder comprender mejor la aparición de un cáncer.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, PubMed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La clasificación de la IARC para los agentes carcinógenos es la siguiente:

- Grupo 1

Agente carcinógeno para los seres humanos

Amianto, arsénico, etcétera

- Grupo 2A

Agente probablemente carcinógeno en seres humanos

Nitratos, nitritos, etcétera

- Grupo 2B

Agente posiblemente carcinógeno en seres humanos

Cloroformo, DDT, etcétera

- Grupo 3

Agente no clasificado como carcinógeno en seres humanos

Aciclovir, diazepam, etcétera

- Grupo 4

Agente probablemente no carcinógeno en seres humanos.

Agentes Carcinógenos:

• Físicos:

La radiación solar está clasificada dentro del grupo 1 de la IARC. El cambio climático, además, es una agravante que intensifica los efectos de este tipo de radiación.

Las radiaciones se pueden clasificar en:

- Ionizantes: tienen un alto poder energético y son capaces de atravesar materia viva. De esta manera, se ionizan los átomos y se generan radicales libres muy nocivos.
- No ionizantes: poseen una baja capacidad energética y no pueden generar radicales libres, aunque sí cambios en el ADN mediante la interferencia en la replicación celular.

El radón es un gas natural radiactivo, y se ha encontrado relación entre él y el cáncer de pulmón.

• Químicos:

La acción de los carcinógenos químicos depende de otros factores como la especie, la raza, el sexo, la edad, la dieta, el estado hormonal, la presencia o ausencia de sistemas enzimáticos metabolizantes y los promotores tumorales.

Existen dos tipos de químicos carcinógenos que actúan sobre los oncogenes y los genes supresores tumorales:

- Agentes químicos de acción directa: provocan mutaciones de forma directa por sí solos.
- Agentes químicos de acción indirecta: estos químicos han de ser transformados metabólicamente para ser capaces de producir mutaciones.

También existen ciertos fármacos, como los citostáticos (que se emplean en la quimioterapia), que tienen como función interferir en la replicación celular de las células tumorales. El principal inconveniente es que las células no tumorales también son sensibles al fármaco y, de esta manera, la tasa de replicación de una célula tumoral es mucho más alta.

• Biológicos:

Existen una serie de agentes biológicos que se correlacionan con la aparición de algunos tipos de tumores:

- Bacterias carcinógenas: la más representativa es la *Helicobacter pylori*. Por lo general, no suele producir efectos, aunque a veces puede producir gastritis y se relaciona con la aparición de cáncer de estómago y de esófago. También existe relación entre la *Borrelia burgdorferi* con el cáncer de piel; o entre la *Chlamydia psittaci* con el retinoblastoma.
- Virus carcinógenos: el más representativo es el virus del papiloma humano

(VPH), que suele causar tumores epiteliales. También existe relación con el cáncer de hígado y el virus de la hepatitis B y C.

- Parásitos carcinógenos: se ha encontrado relación entre el *Schistosoma haematobium* y el cáncer de vejiga, y entre el *Clonorchis sinensis* con el cáncer de páncreas y de conductos biliares.
- Priones: el más representativo es la encefalopatía espongiforme bovina (enfermedad de las vacas locas).

5 Discusión-Conclusión

El cáncer es una de las patologías que más ingresos hospitalarios causan y por ello el paciente oncológico es uno con los que más tratamos en nuestro día a día en las unidades de hospitalización. Es por ello que se hace fundamental conocer los principales agentes carcinógenos, es decir, las principales causas o elementos que son capaces de producir un cáncer, los cuales se clasifican principalmente en 3 grupos principales: físicos (radiación solar, radiaciones ionizantes, etc.), químicos (de acción directa y de acción indirecta) y biológicos (bacterias, virus, parásitos, priones, etc.) y hemos visto ejemplos de cada uno.

6 Bibliografía

1. Carcinogéneo <https://www.genome.gov/es/genetics-glossary/Carcinogeno>.
2. Agentes cancerígenos- <https://www.uso.es/que-son-los-agentes-cancerigenos-o-mutagenos/>.
3. Agentes carcinógenos - <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/Manual-agentes-carcinogenos-2006.pdf>.
4. Agentes cancerígenos - <https://seguridadlaboral.castillalamancha.es/agentes-cancerigenos-0>.

Capítulo 116

ENFERMERÍA Y DISFAGIA EN EL PACIENTE PEDIATRICO

ADELA BLÁZQUEZ MORENO

MARÍA JOSE GABALDON CUENCA

CARMEN SANCHEZ QUINTANILLA

JOSÉ FRANCISCO OVIEDO OVIEDO

1 Introducción

La disfagia orofaríngea, o la incapacidad para tragar líquidos o sólidos, es uno de los síndromes geriátricos menos comprendidos, a pesar de su profundo impacto en la función, la calidad de vida y la salud de los pacientes.

Pero no solo se puede darse en la edad adulta. La disfagia puede darse en cualquier etapa de la vida, aunque es más común en las edades extremas (en el paciente geriátrico y pediátrico).

Es un trastorno que afecta la capacidad para tragar de manera segura y eficiente. La enfermería desempeña un papel crucial en el cuidado y la gestión de los niños que padecen disfagia infantil, ya que estos pacientes requieren una atención especializada y una atención integral.

Su origen puede ser estructural o funcional, por falta de maduración de la anatomía o cambios en los procesos coordinados que permiten una deglución efectiva y segura.

La disfagia infantil se refiere a las dificultades en el proceso de la deglución en bebés y niños, desde recién nacidos hasta adolescentes. Estas dificultades pueden

surgir por diversas razones, como problemas anatómicos, neurológicos, estructurales o funcionales en el sistema de deglución.

Los síntomas pueden variar desde problemas evidentes, como la incapacidad para tragar alimentos o líquidos, hasta signos más sutiles, como la tos, el atragantamiento o la pérdida de peso.

2 Objetivos

Describir el concepto de disfagia, así como destacar la importancia de las intervenciones de enfermería con los pacientes que padecen esta alteración.

3 Metodología

Para la realización de esta investigación, se realizó una búsqueda de información en bases de datos especializadas como: Pubmed, Medline, Cochrane y Lilacs.

Los criterios de inclusión fueron: trabajos sobre la disfagia en el paciente pediátrico. También se han consultado distintos artículos y publicaciones, empleado como motor de búsqueda Google académico.

4 Resultados

La función deglutoria comienza a desarrollarse intraútero, con los primeros movimientos de succión de líquido amniótico del feto sobre las 15 semanas de edad en el útero, madura durante los primeros meses de vida y finaliza por completo con el desarrollo de la masticación a los 2 años de edad.

A medida que aumentan las tasas de nacimientos prematuros y las tasas de supervivencia de los niños con parálisis cerebral, la incidencia de disfagia infantil está aumentando.

La presentación clínica de la disfagia en niños está determinada básicamente por tres factores: las causas que lo provocan, la etapa de deglución afectada y la madurez del proceso de deglución relacionada con la edad.

Las manifestaciones clínicas son muy variables y pueden manifestarse como emergencias que ponen en peligro la vida o pueden pasar desapercibidas y causar disnea crónica, dificultades alimentarias o desnutrición que inicialmente no se asocian con disfagia.

Factores de riesgo de la disfagia en pediatría:

- Prematuridad extrema.

- Alteraciones anatómicas de la orofaringe (malformación congénita, cirugía orofacial)
- Enfermedades del sistema nervioso central (parálisis cerebral, encefalopatía epiléptica, traumatismo craneoencefálico, tumores, infecciones).
- Enfermedades desmielinizantes (síndromes de Guillain-Barré y Miller-Fisher)
- Enfermedades neuromusculares (atrofia muscular espinal, miopatías metabólicas, distrofia muscular)
- Antecedentes de nutrición por sonda enteral prolongada.
- Síndromes genéticos (Down, Angelman, Rett, etc.)
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico moderado-grave.

Los niños pueden experimentar los siguientes signos y síntomas:

- Tos, dificultad para respirar o sonidos “húmedos” durante o después de la ingestión.
- Movimiento anormal de la boca, lengua o laringe al succionar.
- Sialorrea, salivación excesiva o que dure más de 2 años.
- Hipersensibilidad oral: negativa a llevarse la comida a la boca, ceño fruncido e intolerancia a determinadas texturas.
- Deglución imposible o retardada con los alimentos en la boca.
- Formación inadecuada del bolo y su textura, posiblemente causada por dificultad en la masticación. Dependiendo de la edad del paciente, el bolo se puede expectorar o masticar y tragar parcialmente.
- Historial de comidas excesivamente largas de más de 30-45 minutos.
- Signos de aspiración durante o al final de la deglución: dificultad para respirar, tos, ahogo con líquidos o sólidos, dificultad para respirar, respiración ruidosa.
- Enfermedad respiratoria: apnea, broncoespasmo, bronquitis, atelectasias, episodios de neumonía crónica y recurrente.
- Evidencia de desnutrición, escaso aumento de peso o desaceleración de la curva de crecimiento.

Las complicaciones de la disfagia orofaríngea incluyen desnutrición, deshidratación y aspiración bronquial, todas las cuales son graves y se asocian con una alta morbilidad y mortalidad.

Todos los niños con antecedentes de factores de riesgo deben, incluso si los síntomas son sutiles, deben tener un alto índice de sospecha.

Se debe prestar especial atención a los niños con antecedentes de parálisis cerebral grave o prematuridad extrema, ya que la aspiración silenciosa es más común. La aspiración recurrente se asocia con disfunción pulmonar, bronquiectasias y enfermedad pulmonar fibrótica. Además, las dificultades para satisfacer las demandas de energía y agua provocan desnutrición y deshidratación.

Para una correcta valoración, puede ser útil realizar una serie de preguntas clave, que nos den información y nos orienten hacia una rápida identificación de la disfagia. Entre las preguntas claves, que podemos realizar, están:

- ¿Gana peso progresivamente?
- ¿Cuánto suelen durar las comidas?
- ¿El momento de la comida supone una experiencia estresante para el niño o cuidador?
- ¿Presenta algún signo de alarma de disfagia orofaríngea?

Entre los signos de alarma, debemos tener en cuenta:

- No ganancia de peso en los últimos meses.
- Aumento del tiempo necesario para comer, más de 30-40 minutos.
- Sí, presenta tos, atragantamiento, cianosis, fatiga, regurgitación nasala, aumento del residuo oral o afectaciones respiratorias de repetición.

La detección y el tratamiento tempranos de la disfagia son clave para evitar estas complicaciones. Por tanto, incluir preguntas clave en la historia clínica es de gran ayuda para detectar disfagia en pacientes de alto riesgo.

Por otro lado, en pacientes sospechosos, monitorear la ingesta en condiciones que imiten el ambiente dietético y la vida hogareña, como diversas concentraciones de líquidos y alimentos sólidos, puede ser de gran ayuda para detectar los signos y síntomas ya mencionados. Todos los pacientes con sospecha clínica requieren evaluación por parte de un equipo multidisciplinario especializado.

Para el abordaje adecuado, la enfermería debe colaborar estrechamente con otros profesionales de la salud, como los terapeutas del habla y los dietistas, para desarrollar planes de cuidado individualizados para los pacientes con disfagia, que incluyan la adaptación de la consistencia de los alimentos y líquidos, la administración segura de medicamentos y la implementación de estrategias para mejorar la deglución.

Hay que destacar el papel educativo tanto de pacientes como de cuidadores sobre la disfagia y las medidas de prevención y cuidado en la vida cotidiana. Esto incluye enseñar técnicas de alimentación segura, cómo administrar alimentos modificados en casa y cómo reconocer signos de complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales de enfermería desempeñan un papel esencial en el manejo integral de la disfagia, desde la identificación temprana hasta la implementación de estrategias de cuidado y la educación de pacientes y sus familias. Esto implica

la observación de los síntomas, la realización de evaluaciones clínicas, como la videofluoroscopia, la coordinación con otros miembros del equipo de atención médica, como logopedas y dietistas, y la colaboración con los padres para proporcionar el mejor cuidado posible al niño. También son responsables de la administración de la alimentación y la medicación, así como de educar a los padres y cuidadores sobre las de seguridad alimentaria y el manejo de la disfagia infantil en el entorno doméstico

Su labor es vital para mejorar la calidad de vida y la salud de los pacientes, por lo que es imprescindible una formación específica y una actualización constante en la materia.

6 Bibliografía

Díaz, A. M., Sanmartín, C. S., & Navarro, V. S. (2010). Parálisis cerebral infantil y disfagia. *Nuberos Científica*, 1(1).

Marley Nespolo, C. (2015). Guía de orientación alimentaria y nutricional para niños con disfagia (Doctoral dissertation, Facultad en Ciencias de la Nutrición y Alimentos-Licenciatura en Nutriología-UNICACH).

Mauvezin, J., Doassans, I., & Vázquez, M. Trastornos deglutorios. Abordaje diagnóstico y terapéutico del niño menor de 5 años con sibilancias recurrentes, 137.

Faraldo García, A., & San Román Rodríguez, E. (2017). Actualización en Otorrinolaringología pediátrica. España. Edición: 1ª Editorial: Sociedad Gallega de Otorrinolaringología ISBN, 978-84.

Capítulo 117

EL DESEMPEÑO DE LA ENFERMERÍA CON PACIENTES QUE SUFREN DE HERNIA INGUINAL

LORENA GUTIÉRREZ SAN CLEMENTE

BELEN MARTÍNEZ GARCÍA-NAVAS

SARA POZO SANTIAGO

JENNY DEL ROSARIO RAMOS CHIPANA

MÓNICA BUENDÍA MARTÍNEZ

1 Introducción

La hernia inguinal es una condición médica común que afecta a personas de diferentes edades, géneros y grupos demográficos. Se trata de una protrusión de tejido en la región inguinal, donde una porción del intestino u otros tejidos sobresale a través de una debilidad en la pared abdominal. El manejo y cuidado de pacientes con hernia inguinal es una tarea fundamental en la atención médica, y en este contexto, el papel de las enfermeras es esencial para garantizar una recuperación exitosa y una calidad de vida óptima.

Esta introducción nos invita a explorar cómo las enfermeras desempeñan un papel fundamental en el cuidado y manejo de pacientes con hernia inguinal. Desde la evaluación inicial hasta la educación del paciente y la colaboración con otros profesionales de la salud, las enfermeras se convierten en aliados cruciales en el

proceso de atención. A través de su experiencia clínica y su enfoque centrado en el paciente, las enfermeras aseguran que los pacientes reciban cuidados integrales y personalizados en cada etapa de su proceso de tratamiento y recuperación. El desempeño de las enfermeras en el cuidado de pacientes con hernia inguinal. Desde la educación al paciente y la preparación para la cirugía hasta el manejo del dolor y el seguimiento postoperatorio, las enfermeras cumplen una serie de responsabilidades que contribuyen directamente al bienestar y la satisfacción del paciente. La hernia inguinal puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes, y el compromiso de las enfermeras en brindar cuidados efectivos y compasivos juega un papel crucial en la promoción de una recuperación exitosa y en la prevención de complicaciones.

2 Objetivos

Conocer los cuidados de enfermería para los pacientes que padecen de hernia inguinal.

3 Metodología

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

4 Resultados

El desempeño de la enfermería en el cuidado de pacientes que sufren de hernia inguinal es esencial para garantizar una atención integral y de alta calidad. La hernia inguinal es una afección en la cual una porción del intestino u otros tejidos sobresale a través de un punto debilitado en la pared abdominal, causando una protuberancia en la zona inguinal. La labor de las enfermeras abarca diversas etapas, desde la valoración inicial hasta el cuidado postoperatorio, brindando atención médica y emocional para asegurar la comodidad y la recuperación efectiva del paciente. A continuación, se describen las labores y responsabilidades que asumen las enfermeras en este contexto:

- **Valoración Inicial:** Las enfermeras llevan a cabo una evaluación minuciosa para determinar la gravedad de la hernia inguinal, el tamaño de la protuberancia, la presencia de dolor y cualquier otro síntoma asociado. Esto guía la planificación del tratamiento y el cuidado individualizado.
- **Educación al Paciente:** Las enfermeras educan al paciente sobre la naturaleza de la hernia inguinal, las opciones de tratamiento y los posibles riesgos y beneficios de la cirugía si es necesaria. Esta educación ayuda al paciente a tomar decisiones informadas sobre su atención.
- **Manejo del Dolor:** El dolor puede ser un síntoma importante en pacientes con hernia inguinal. Las enfermeras administran analgésicos y utilizan técnicas de manejo del dolor para aliviar la incomodidad y mejorar la calidad de vida del paciente.
- **Preparación para la Cirugía:** En los casos en que se requiere cirugía para reparar la hernia, las enfermeras se aseguran de que el paciente esté debidamente preparado. Esto incluye instrucciones sobre el ayuno previo, la higiene preoperatoria y otros aspectos relacionados con la intervención quirúrgica.
- **Apoyo Emocional:** La noticia de una hernia inguinal y la perspectiva de una cirugía pueden causar ansiedad en el paciente. Las enfermeras brindan apoyo emocional, responden a preguntas y tranquilizan al paciente durante todo el proceso.
- **Cuidados Posteriores a la Cirugía:** Después de la cirugía, las enfermeras monitorean la recuperación del paciente, asegurando que se recupere de manera adecuada y que no haya signos de complicaciones.
- **Instrucciones para el Cuidado en Casa:** Las enfermeras proporcionan al paciente y a su familia instrucciones detalladas sobre el cuidado posterior a la cirugía en casa. Esto puede incluir información sobre el manejo de las incisiones, la prevención de infecciones y la actividad física adecuada.
- **Prevención de Complicaciones:** Las enfermeras toman medidas para prevenir complicaciones posquirúrgicas, como infecciones en la herida o hernias recurrentes. Esto implica el seguimiento cercano y la observación continua del paciente.
- **Coordinación del Cuidado:** Las enfermeras trabajan en colaboración con otros profesionales de la salud, como médicos y terapeutas, para garantizar una atención integral y coherente.
- **Educación sobre Prevención:** Además de tratar la hernia actual, las enfermeras educan al paciente sobre medidas preventivas para reducir el riesgo de hernias futuras, como evitar el levantamiento excesivo y el estreñimiento crónico.

5 Discusión-Conclusión

Después de analizar los estudios seleccionados en nuestra revisión podemos concluir que, en conclusión, el desempeño de la enfermería en el cuidado de pacientes con hernia inguinal desempeña un papel esencial en la promoción de la recuperación y el bienestar de los pacientes. A lo largo de esta guía, hemos explorado cómo las enfermeras asumen responsabilidades vitales en cada fase del proceso de atención, desde la evaluación inicial hasta la educación del paciente y la colaboración con otros profesionales de la salud.

La atención a pacientes con hernia inguinal no solo involucra cuestiones médicas, sino también aspectos emocionales y de calidad de vida. Las enfermeras no solo brindan cuidados médicos, sino también apoyo emocional y educación que empoderan al paciente para enfrentar su condición y participar activamente en su recuperación.

La educación del paciente es un componente clave del trabajo de enfermería en el cuidado de la hernia inguinal. Las enfermeras proporcionan información detallada sobre la afección, las opciones de tratamiento y las medidas preventivas, permitiendo que el paciente tome decisiones informadas y participativas en su atención.

La colaboración con otros profesionales de la salud, la administración efectiva del dolor, la prevención de complicaciones y el apoyo constante al paciente y a su familia son ejemplos de cómo las enfermeras se convierten en agentes fundamentales en el proceso de atención de la hernia inguinal.

6 Bibliografía

1. GPC. (12 de Febrero de 2020). Factores predisponente en el hipertiroidismo primario. Guía Práctica Clínica, 4-9.
2. Infante, A., & Turcios, S. (07 de Noviembre de 2018). Hipertiroidismo: Manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento. Revista Cubana de Endocrinología, 33-45.
3. Max, L., Chunga, M., & Riero, S. (2017). Hipertiroidismo. Revista Chilena de Endocrinología, 12-14.
4. Mayo Clinic. (21 de Julio de 2020). Hipertiroidismo (tiroides hiperactiva). (E. S.A, Ed.) Mayo Clinic Healthy Living, 1-6.
5. OMS. (22 de Marzo de 2018). Hipertiroidismo. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/vmnis/database/iodine/iodine>.

6. Pineda, M., Galofré, F., Toni, M., & Andac, E. (Junio de 2016). Patología del tiroides. *Enfermedades endocrinológicas y metabólicas*, XII(5), 722-730.
7. Beléna, L., Maffeib, L., & Alordaa, B. (Septiembre de 2019). Prevalencia de hipotiroidismo y su asociación con factores de riesgo cardiometabólicos en mujeres adultas. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 4-17.

Capítulo 118

EL TRABAJO Y LOS CUIDADOS SANITARIOS DE LA ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

LORENA GUTIÉRREZ SAN CLEMENTE

MÓNICA BUENDÍA MARTÍNEZ

JENNY DEL ROSARIO RAMOS CHIPANA

SARA POZO SANTIAGO

BELEN MARTÍNEZ GARCÍA-NAVAS

1 Introducción

La fibromialgia es una condición médica crónica y compleja que afecta a un número significativo de personas en todo el mundo. Caracterizada por dolor generalizado, fatiga y una serie de síntomas asociados, la fibromialgia presenta desafíos tanto físicos como emocionales para quienes la padecen. En este contexto, el papel de las enfermeras en el cuidado de pacientes con fibromialgia es esencial para proporcionar un apoyo integral y personalizado que aborde las múltiples dimensiones de esta condición.

Esta introducción nos invita a explorar cómo las enfermeras desempeñan un papel fundamental en el manejo de pacientes con fibromialgia. Desde la identificación y evaluación de los síntomas hasta la educación del paciente y la promoción de estrategias de autocuidado, las enfermeras son una parte integral del

equipo de atención médica que brinda alivio y mejora la calidad de vida de aquellos afectados por esta condición crónica.

En esta guía, examinaremos de manera detallada el trabajo de las enfermeras en el cuidado de pacientes con fibromialgia. Exploraremos cómo las enfermeras abordan los aspectos médicos y emocionales de la condición, brindan educación al paciente y la familia, y colaboran con otros profesionales de la salud para desarrollar planes de tratamiento efectivos. El compromiso de las enfermeras en brindar atención compasiva y basada en la evidencia juega un papel crucial en la promoción de la recuperación y el bienestar de los pacientes que enfrentan los desafíos de la fibromialgia.

2 Objetivos

Conocer los cuidados de enfermería en pacientes con fibromialgia.

3 Metodología

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

4 Resultados

El trabajo de la enfermería en pacientes con fibromialgia es crucial para brindar un enfoque integral y de apoyo a quienes enfrentan esta compleja condición médica. La fibromialgia es una enfermedad crónica caracterizada por dolor generalizado, fatiga y otros síntomas como dificultades para dormir, trastornos cognitivos y sensibilidad aumentada. El papel de las enfermeras abarca desde la evaluación y el diagnóstico hasta la educación del paciente y la promoción de estrategias de manejo efectivas. A continuación, se describen las labores y responsabilidades que asumen las enfermeras en este contexto:

1. **Evaluación y Diagnóstico:** Las enfermeras son responsables de llevar a cabo una evaluación exhaustiva de los síntomas y la historia clínica del paciente para contribuir al diagnóstico de la fibromialgia. La identificación precisa de los síntomas y su duración es esencial para un diagnóstico temprano y una planificación

adecuada del cuidado.

2. Educación al Paciente: Las enfermeras desempeñan un papel fundamental en la educación del paciente sobre la naturaleza de la fibromialgia, sus síntomas, posibles desencadenantes y opciones de tratamiento. Esta educación permite al paciente comprender su condición y tomar decisiones informadas sobre su atención.

3. Desarrollo de Planes de Tratamiento: En colaboración con el equipo médico, las enfermeras ayudan a desarrollar planes de tratamiento personalizados que aborden las necesidades específicas de cada paciente. Esto puede incluir cambios en el estilo de vida, terapia física, manejo del dolor y terapias complementarias.

4. Manejo del Dolor: Las enfermeras desempeñan un papel central en el manejo del dolor en pacientes con fibromialgia. Pueden administrar analgésicos, enseñar técnicas de relajación y promover estrategias para controlar el dolor crónico.

5. Apoyo Emocional: La fibromialgia no solo afecta el cuerpo, sino también la mente. Las enfermeras brindan apoyo emocional y psicológico al paciente, ayudándolo a enfrentar los desafíos emocionales y a desarrollar una actitud positiva hacia su condición.

6. Promoción del Autocuidado: Las enfermeras empoderan al paciente para que participe activamente en su propio cuidado a través de estrategias de autocuidado, como la gestión del estrés, la actividad física adecuada y una nutrición equilibrada.

7. Seguimiento y Ajustes del Tratamiento: A medida que el paciente avanza en su tratamiento, las enfermeras realizan seguimientos regulares para evaluar la efectividad de las estrategias de manejo y realizar ajustes según sea necesario.

8. Educación Familiar: Las enfermeras también educan a la familia del paciente, brindándoles información sobre cómo apoyar al paciente en su manejo diario de la fibromialgia.

9. Referencias y Colaboración: En algunos casos, puede ser necesario derivar al paciente a otros especialistas, como fisioterapeutas o psicólogos. Las enfermeras coordinan estas referencias y trabajan en conjunto con otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral.

10. Registro y Documentación: Las enfermeras mantienen registros precisos de la evolución del paciente, los tratamientos administrados y los resultados obtenidos. Esta documentación es esencial para el seguimiento y la continuidad del cuidado.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el trabajo de la enfermería en el cuidado de pacientes con fibromialgia es de vital importancia para abordar los desafíos médicos y emocionales asociados con esta compleja condición. A lo largo de esta guía, hemos explorado cómo las enfermeras desempeñan un papel esencial en cada etapa del proceso de atención, desde la evaluación y diagnóstico hasta la educación del paciente y la promoción de estrategias de manejo efectivas.

La fibromialgia es una condición que impacta significativamente en la calidad de vida de quienes la padecen, y las enfermeras juegan un papel fundamental en brindar el apoyo necesario para sobrellevar sus síntomas y desafíos. A través de la educación al paciente y la familia, las enfermeras empoderan a los individuos para comprender su condición, tomar decisiones informadas y participar activamente en su propio cuidado.

El manejo del dolor y la promoción del autocuidado son aspectos centrales del trabajo de enfermería en pacientes con fibromialgia. Las enfermeras desempeñan un papel crucial en el alivio del dolor crónico a través de estrategias farmacológicas y no farmacológicas, mejorando la calidad de vida y la funcionalidad del paciente.

La colaboración con otros profesionales de la salud y la coordinación de planes de tratamiento personalizados son ejemplos de cómo las enfermeras se integran en equipos multidisciplinarios para brindar atención integral y efectiva.

6 Bibliografía

1. Chaves Hidalgo, D. Actualización en Fibromialgia. Med. Leg. Costa Rica [Internet] 2013; 30 (1): 83-88. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152013000100011.
2. Carrasco Acosta, M.C., Jiménez de Madariaga, C., Márquez Garrido, M. Fibromialgia: cuando el dolor es una historia de vida. Index Enferm [Internet]. 2010; 19 (2-3): 196-200. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200027.
3. Martínez Megías, M.S., Paul Meunier, H.E., Aguilera Serrano, C., Chacón Cabanillas, R. & Granados Santiago, M. La flamencoterapia, una intervención enfermera con mujeres diagnosticadas de fibromialgia. Rev. ROL Enferm. [Internet]. 2021; 44 (7-8): 523-531. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8013602>.
4. Siracusa, R., Paola, R.D, Cuzzocrea, S., Impellizzeri, D. Fibromyalgia: Patho-

genesis, Mechanisms, Diagnosis and Treatment Options Update. *Int. J. Mol Sci.* [Internet]. 2021; 22 (8): 3891. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8068842/#B10-ijms-22-03891>.

5. Sifuentes-Giraldo, W.A., Morell-Hita, J.L. Fibromialgia. *Medicine- Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. [Internet]. 2017; 12 (27): 1586-1595. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.med.2017.02.004>.

6. Daza González, P., Lancharro Taverro, I. Estudio de casos: Fibromialgia, un único diagnóstico y diferentes realidades. *Rev. Paraninfo Digital* [Internet] 2018; 28. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n28/e069.php>.

7. Moreno Martínez, M. Intervención Cognitiva Conductual en adultos con fibromialgia diagnosticados de depresión: un ensayo clínico aleatorizado [trabajo fin de grado]. *NURE Investigación* [Internet] 2020; 106. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1840>.

Capítulo 119

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO SANITARIO DE LA ENFERMERÍA CON PACIENTES QUE SUFREN DE HIPERTENSIÓN

LORENA GUTIÉRREZ SAN CLEMENTE

SARA POZO SANTIAGO

BELEN MARTÍNEZ GARCÍA-NAVAS

MÓNICA BUENDÍA MARTÍNEZ

JENNY DEL ROSARIO RAMOS CHIPANA

1 Introducción

La hipertensión, o presión arterial alta, es una de las condiciones médicas más prevalentes y preocupantes en todo el mundo. Afecta a una amplia gama de individuos y representa un factor de riesgo significativo para enfermedades cardiovasculares y otras complicaciones graves. En este contexto, el papel de la enfermería en la evaluación del desempeño sanitario en el cuidado de pacientes que sufren de hipertensión se convierte en un pilar fundamental para garantizar una atención efectiva y una gestión adecuada de esta condición crónica.

Esta introducción nos invita a explorar cómo las enfermeras desempeñan un papel crucial en la evaluación y manejo de pacientes con hipertensión. Desde la

valoración inicial de los pacientes hasta la promoción de cambios en el estilo de vida, la educación sobre la enfermedad y el monitoreo constante de la presión arterial, las enfermeras desempeñan un papel esencial en la prevención de complicaciones y en la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

En esta guía, examinaremos de manera detallada cómo las enfermeras asumen una serie de responsabilidades clave en el cuidado de pacientes hipertensos. Exploraremos cómo su conocimiento y experiencia contribuyen a la educación de los pacientes, la administración de tratamientos y la promoción de estilos de vida saludables. La enfermería no solo aborda los aspectos médicos de la hipertensión, sino también las dimensiones emocionales y conductuales que son esenciales para el manejo exitoso de esta condición.

La evaluación del desempeño sanitario de la enfermería en pacientes con hipertensión se enfoca en proporcionar una atención completa y personalizada. Las enfermeras, a través de su compromiso con la atención centrada en el paciente y su colaboración con otros profesionales de la salud, son agentes clave en la lucha contra los efectos perjudiciales de la hipertensión y en la promoción de la salud cardiovascular. Su labor incide directamente en la salud y el bienestar de los pacientes y subraya la importancia de su contribución en la atención médica de las enfermedades crónicas.

2 Objetivos

Conocer el papel de enfermería con los pacientes que sufren hipertensión.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 evaluación del desempeño sanitario de la enfermería en el cuidado de pacientes que sufren de hipertensión es fundamental para garantizar una atención

efectiva y de calidad a esta población en riesgo. La hipertensión, o presión arterial alta, es una condición médica crónica que aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares y otros problemas de salud graves. En este contexto, las enfermeras desempeñan un papel crucial en la prevención, el manejo y la educación de los pacientes hipertensos. A continuación, se describen los aspectos clave que se evalúan en el desempeño sanitario de la enfermería con pacientes hipertensos:

- **Valoración Integral:** Las enfermeras deben llevar a cabo una evaluación exhaustiva de cada paciente hipertenso. Esto incluye la medición precisa de la presión arterial, la revisión de antecedentes médicos, el estilo de vida y factores de riesgo, así como la identificación de posibles complicaciones asociadas.
- **Educación del Paciente:** Las enfermeras son responsables de educar a los pacientes sobre la naturaleza de la hipertensión, su impacto en la salud y la importancia del manejo adecuado. Brindan información sobre cambios en el estilo de vida, medicamentos, seguimiento y estrategias para mantener la presión arterial bajo control.
- **Monitoreo Continuo:** Las enfermeras supervisan regularmente la presión arterial de los pacientes, ajustan la terapia según sea necesario y evalúan la efectividad de las intervenciones. El monitoreo constante es esencial para identificar cambios y prevenir complicaciones.
- **Promoción de Estilos de Vida Saludables:** Las enfermeras trabajan con los pacientes para implementar cambios en el estilo de vida, como una dieta equilibrada, ejercicio regular, control del estrés y reducción del consumo de sal, que son fundamentales para el manejo de la hipertensión.
- **Administración de Medicamentos:** En casos en que el manejo de la hipertensión requiera medicación, las enfermeras administran y supervisan el tratamiento, explicando a los pacientes la importancia de la adherencia y los posibles efectos secundarios.
- **Promoción de la Adherencia al Tratamiento:** Las enfermeras brindan apoyo para asegurarse de que los pacientes sigan las recomendaciones médicas y tomen sus medicamentos de manera adecuada. La adherencia es esencial para el control efectivo de la presión arterial.
- **Prevención de Complicaciones:** Las enfermeras trabajan para prevenir complicaciones relacionadas con la hipertensión, como accidentes cerebrovasculares, ataques cardíacos y problemas renales. Esto implica la educación sobre síntomas de advertencia y medidas preventivas.
- **Coordinación del Cuidado:** Las enfermeras colaboran con otros profesionales de la salud, como médicos y dietistas, para garantizar una atención integral y coherente.

- Educación Familiar: Las enfermeras también educan a la familia del paciente sobre la hipertensión y cómo pueden ser un apoyo en el manejo de la condición.
- Registro y Documentación: Las enfermeras mantienen registros precisos de la evolución del paciente, las intervenciones realizadas y los resultados obtenidos. Esta documentación es esencial para el seguimiento y la continuidad del cuidado.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la evaluación del desempeño sanitario de la enfermería en el cuidado de pacientes que sufren de hipertensión desempeña un papel esencial en la prevención, el manejo efectivo y la mejora de la calidad de vida de esta población en riesgo. A lo largo de esta guía, hemos explorado cómo las enfermeras asumen una serie de responsabilidades críticas en todas las etapas del proceso de atención, desde la evaluación inicial hasta el monitoreo continuo y la educación del paciente.

La hipertensión es una afección médica seria que aumenta el riesgo de complicaciones graves, como enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares. Las enfermeras, a través de su enfoque en la educación del paciente, la promoción de cambios en el estilo de vida y el manejo adecuado de la medicación, desempeñan un papel crucial en la prevención y control de estas complicaciones.

La colaboración multidisciplinaria y la coordinación del cuidado son componentes esenciales del desempeño de la enfermería en pacientes hipertensos. Trabajar en equipo con médicos, dietistas y otros profesionales de la salud garantiza una atención integral y personalizada, abordando las diversas dimensiones de la hipertensión.

La promoción del autocuidado y la adherencia al tratamiento son aspectos centrales en el enfoque de enfermería para pacientes con hipertensión. Las enfermeras empoderan a los pacientes para que tomen medidas proactivas para controlar su presión arterial y reducir su riesgo cardiovascular.

6 Bibliografía

1. OMS. Consultado en: (junio- 2023) Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/hypertension#tab=tab_1.
2. Pérez Perez, A. Unidad de cardiología. Consultado en (marzo 2023). Disponible en: <https://cardiologia-lugo.com/hipertension-arterial/>.
3. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/

ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. JACC. 2018 [acceso el 24 de mayo del 2023]; 71 (19): e127 -248. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109717415191>.

4. Palma Gámiz JL, Isasa MD, Recarte MA, Palazuelos V, López Beltrán E. Study and classification of circadian pattern of blood pressure, in both normotensive and hypertensive patients. J Ambulat Monitor 1992; 5:21-31.

5. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, Cooney MT, et al. 016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Atherosclerosis. 2016 Sep; 252:207-74.

6. Diagnósticos NANDA, Diagnósticos de Enfermería NIC NOC 2021-2023. [https:// www.diagnosticosnanda.com/](https://www.diagnosticosnanda.com/).

Capítulo 120

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) AVANZADA EN PEDRIATRÍA

CARLOS VERA HERVÁS

CARMEN MARÍA BRAVO FERNÁNDEZ

ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO

LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA

MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO

1 Introducción

El paro cardíaco (PC) es considerado una emergencia potencialmente mortal y la evidencia ha demostrado una relación entre la respuesta del equipo sanitario y la mortalidad. Es fundamental actualizar el algoritmo de reanimación cardiopulmonar (RCP) y actualizar regularmente los conocimientos y competencias de RCP del personal.

La PC en los niños es menos frecuente que en los adultos, aun así cada vez que se produce un episodio de estos observamos una mortalidad muy elevada, además un alto número de supervivientes pueden llegar a desarrollar efectos secundarios a nivel neurológico haciendo disminuir su calidad de vida. En lo niños las causas principales de sufrir un PC se producen por motivos secundarios a patologías respiratorias, neurológicas e infecciosas y no siendo tan frecuentes las de origen cardíaco.

Los niños, tienen características anatómicas y fisiológicas diferentes al adulto, por ello su estudio diferenciado y el desarrollo de medidas de RCP específicas.

Los síntomas pueden hacer sospechar de una PC son: disminución o ausencia de respuesta al dolor, palidez o cianosis, apnea o respiración improductiva y ausencia de signos de circulación. En situación de ausencia de signos vitales, se deben empezar las compresiones torácicas, a no ser que estén seguros de poder captar un pulso arterial en 10 segundos (en lactantes en la arteria braquial o femoral, y en niños el pulso carotideo o femoral). Siempre y cuando haya dudas, se deben empezar las compresiones.

Dependiendo del ritmo que tenga el paciente podremos o no desfibrilar.

Ritmos no desfibrilables

Los ritmos más frecuentes en los neonatos, niños y adolescentes con una PC son la bradicardia, la asistolia y la actividad eléctrica sin pulso (AESP).

- Bradicardia: una frecuencia cardíaca < 60 pulsaciones por minuto sin signos vitales. Si no observamos que el paciente responde a la ventilación con oxígeno, hay que empezar las compresiones torácicas y poner adrenalina.
- Asistolia: es el ritmo que tiene peor pronóstico.
- AESP: observamos actividad eléctrica sin pulso arterial central. La AESP normalmente se puede producir cuando el paciente ha sufrido hipoxia o isquemia miocárdica.

El tratamiento principal es la ventilación, las compresiones torácicas y adrenalina.

Ritmos desfibrilables:

Estos son la fibrilación ventricular (FV) y la taquicardia ventricular sin pulso (TVSP).

El componente principal de supervivencia en las PC con ritmos desfibrilables es el tiempo que pasa hasta que se realizamos la desfibrilación. Que esta acabe siendo o no eficaz depende entre otros factores, del tiempo que pase desde la PC hasta la desfibrilación, intentando que este sea el menor posible. Se considera que por cada minuto de retraso la probabilidad de muerte aumenta un 7 a 10%.

El tratamiento se fundamenta en la desfibrilación eléctrica, las compresiones torá-

cicas, ventilación, adrenalina y antiarrítmicos.

Desfibrilación:

- Palas de desfibrilación: debemos escoger las palas y parches más grandes posibles para tener un buen contacto. Aun no se sabe cuál es el tamaño más idóneo. Las dimensiones recomendadas para los lactantes y para los niños con peso < 10 kg de 4,5 cm de diámetro y 8 a 12 cm para los que pesen > 10 kg (mayores de un año). Los parches autoadhesivos pueden hacernos más fácil la realización de una RCP.
- Posición de las palas y parches. Poner las palas sujetándolas fuertes sobre el tórax en posición anterolateral. Una de las palas bajo la axila izquierda y la otra debajo de la clavícula derecha. Si al colocar las palas vemos que son excesivamente grandes y hay riesgo de que se pueda llegar a producir un arco eléctrico, se deben cambiar de posición y ponerlas una delante a la izquierda del esternón y la otra en la espalda bajo de la escápula izquierda.
- Energía para el choque eléctrico en el niño: en el continente europeo se sigue recomendando aplicar una dosis de 4 J/kg para todas las descargas. Sin embargo, dosis de hasta de 9 J/kg, han podido desfibrilar sin producir efectos nocivos para el paciente.

2 Objetivos

- Dar a conocer el algoritmo a seguir en la parada cardiaca en el paciente pediátrico.
- Mostrar las dosis necesarias de los fármacos más utilizados en RCP en 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

La reanimación cardiopulmonar avanzada comprende un conjunto de maniobras y técnicas. Su propósito principal es establecer nuevamente la circulación y la respiración espontáneas, todo ello, para que se produzca la mínima lesión en el cerebro del paciente que ha sufrido una parada cardiorrespiratoria. Para esto se necesita un equipamiento apropiado además de personal bien instruido en el tema. Los resultados son mejores siempre y cuando la reanimación cardiopulmonar básica se inicie de manera precoz, ya que es una enfermedad tiempo-dependiente, y que la reanimación cardiopulmonar avanzada se empiece a hacer antes de 8 minutos.

Cuando hay un episodio de este tipo se deben seguir unos pasos esenciales, que a ser posible deberían hacerse a la vez:

1º Controlar vía aérea:

Asegurar una vía aérea permeable y una ventilación eficaz es fundamental en la reanimación cardiopulmonar avanzada (RCPA), la principal causa de parada cardiorrespiratoria (PCR) en niños son las enfermedades e infecciones respiratorias. A la hora de manejar la vía aérea del paciente deberemos seguir:

1. Apertura de la vía aérea que se realizará mediante la maniobra frente-mentón o de tracción mandibular, si es un paciente traumatizado.
2. Meter una cánula orofaríngea de adecuado tamaño, ya que con ella podremos evitar que se colapse la faringe, si esta fuera demasiado grande podría colapsar la glotis y si fuera pequeña podría empujar la lengua taponando de esta manera la faringe. Si el paciente esta agitado o consciente no se debe utilizar, ya que podríamos desencadenar un vómito con la consiguiente complicación de que pueda broncoaspirarse.
3. Aspirar las secreciones que pueden tener tanto en boca, como en nariz, faringe o tráquea. Hay que tener en cuenta la presión del sistema de aspiración, ya que en niños pequeños no debería ser $> 80-120$ mmHg.
4. Intubación endotraqueal que es el método determinante para asegurar la permeabilidad de la vía aérea. Nos garantiza una ventilación, además de un aporte de oxígeno adecuados, nos hace más fácil la aspiración de secreciones de la vía aérea, permite poner fármacos empleados en la RCP mientras se coge un acceso venoso y nos libera de la necesidad de sincronización entre la ventilación y el masaje

cardíaco, ya que no va a ser necesaria parar la RCP durante la parte inspiratoria.

Se ha demostrado en estudios recientes que los tubos con balón son seguros tanto en niños como en lactantes, además de reducir las situaciones de fuga, aumento de resistencias y la disminución de la capacidad de distensión de los pulmones.

2º Apoyo circulatorio:

Como ya sabemos, las interrupciones del masaje cardíaco deben ser mínimas, de esta manera mantendremos una buena perfusión coronaria, con lo que podremos aportar los sustratos suficientes a las células cardíacas para que puedan volver a iniciar su actividad.

Se deben realizar 100 compresiones por minuto con una relación de 2 ventilaciones por cada 15 compresiones. En niños no está indicada la utilización del cardiocompresor mecánico.

Debemos, al menos, conseguir un acceso vascular para poner medicación y reponer líquidos. En los niños la obtención de un acceso venoso puede ser difícil y más en situación de PCR. Además debemos seguir un orden de prioridades:

- Elegir una vena periférica de buen calibre, accesible, próxima a la circulación central y que no interfiera su canalización con el resto de las maniobras de reanimación.
- Si no se logra conseguir de manera rápida una vía venosa periférica consumido el primer minuto y medio o tras 3 intentos, debemos una vía intraósea sin pérdida de tiempo.
- Si esta tampoco se acaba logrando canalizar y al paciente hemos conseguido intubarlo, puede utilizarse el tubo para administrar la adrenalina.
- Solamente se canalizará una vía central cuando no haya sido posible canalizar otra vía. La disección de la vena safena es la última opción cuando han fracasado todas las anteriores.

Los fármacos más utilizados son:

- Adrenalina. Principal fármaco de la RCP. Se utiliza en la PCR con cualquier tipo de ritmo. Produce una aceleración de la frecuencia cardíaca. La dosis tanto por vía intravenosa como intraósea es de 0,01 mg/kg. La dosis para la administración por el tubo es 10 veces superior.

- Adenosina. Es el fármaco utilizado para la taquicardia supraventricular. La primera dosis intravenosa es de 0,1 mg/kg (máximo 6 mg), se puede repetir duplicando la dosis y como máximo 12 mg.
- Cloruro cálcico. Según las nuevas recomendaciones el calcio solo está indicado cuando hay una hipermagnesemia, hipocalcemia, hiperpotasemia o bloqueo de los canales del calcio. La dosis documentada es de 20 mg/kg siempre diluido en suero e inyectado por vía intravenosa o intraósea en 10 a 20 s.
- Magnesio. Solamente se utiliza hipomagnesemia y en la TV polimorfa del tipo torsades des pointes. La dosis es 25-50 mg/kg en 10 a 20 min sin superar nunca los 2 g.
- Amiodarona. Alarga la conducción AV y hace más ancho el QRS. Es eficaz para tratar las taquicardias ventriculares (TV) y supraventriculares que no vuelven a un ritmo sinusal después de 3 choques eléctricos, por lo que es el antiarrítmico de elección en el tratamiento de la FV/TV sin pulso. La dosis es de 5 mg/kg tanto intravenosa como intraósea.
- Glucosa. Sólo está indicada en caso de hipoglucemia a dosis de 0,5 a 1 g/kg.
- Atropina. Este fármaco aumenta la frecuencia cardíaca. Está indicada en el tratamiento de la bradicardia. La cantidad de atropina que se recomienda es de 0,02 mg/kg. Se puede administrar por cualquier vía.
- Bicarbonato. Su administración está siendo muy debatida en la RCP, por sus posibles efectos secundarios.
- Líquidos. La parada cardíaca relacionada con un shock hipovolémico es más común en los niños que en los adultos. No obstante, debe evitarse la administración de gran volumen de fluidos durante la RCP. Está recomendada la expansión de volumen en la actividad eléctrica sin pulso y la sospecha de PCR producida o acompañada por hipovolemia. En esta situación es más importante la cantidad que la calidad del fluido a administrar.
- Vasopresina. De momento no hay suficientes estudios científicos que recomienden la utilización de la vasopresina en niños en PCR.

3º Monitorización:

La medición de la frecuencia y ritmo cardíaco se puede obtener mediante las palas o los electrodos de un desfibrilador, además debemos conseguir también la

saturación y tensión arterial.

Tratamiento eléctrico y farmacológico de las arritmias en los niños

- Puñopercusión. Si logramos diagnosticar una fibrilación ventricular o una taquicardia ventricular sin pulso y no está disponible un desfibrilador podemos aplicar un golpe seco en el pecho, a la altura precordial.
- Desfibrilación. Es la descarga eléctrica inmediata es utilizada, como ya hemos comentado anteriormente en la fibrilación ventricular y en la taquicardia ventricular sin pulso. La energía recomendada actualmente es de 4 J/kg, más elevada que en las recomendaciones previas, incluso pudiendo llegar a 9 J/Kg.

Ritmos no desfibrilables

- Asistolia: el tratamiento se basa en realizar la RCP durante un par de minutos y administrar adrenalina 0,01 mg en bolo cada 3 a 5 min. Justo después de cada bolo de adrenalina, realizar RCP durante otros 2 minutos. Si no somos capaces después de esto conseguir recuperar pulso continuar con el mismo plan.
- Actividad eléctrica sin pulso (AESP): necesita maniobras de RCP optimizadas además de la administración de adrenalina.
- Bradicardia grave: puede ser causada la mayor parte de las veces por una hipoxia, su actuación empezaría por tener buen aporte de oxígeno, en caso de no ceder se trataría igual que una asistolia.

Ritmos desfibrilables.

Si el paciente pediátrico se encuentra en situación de TV sin pulso o FV, si no tenemos a mano un desfibrilador realizar la técnica de puñopercusión y RCP.

Si tiene FV/TV sin pulso palpable y está disponible el desfibrilador cargar a la dosis recomendada según peso (ya comentada antes) y desfibrilar.

A continuación, independientemente del ritmo resultante en el monitor y sin palpar el pulso, reiniciar inmediatamente las maniobras de RCP (15:2) comenzando por el masaje cardíaco.

Por lo tanto, si tenemos un paciente pediátrico que no responde debemos seguir una serie de pasos

- Monitorizar, manejar vía aérea y conseguir acceso venoso o en su defecto vía

intraósea.

- Iniciar RCP básica coordinando 2 ventilaciones por cada 15 compresiones torácicas.

- Si tenemos monitor disponible en el cual observamos el ritmo del paciente tenemos 2 opciones:

1. Tener un ritmo no desfibrilable que puede ser asistolia o actividad eléctrica sin pulso, que debemos seguir con la RCP durante 2 minutos siempre 15:2 comprobando pasados esos 2 minutos la posición de los electrodos, que se esté ventilando, administrando adrenalina en las dosis necesarias cada 3-5 minutos, considerar otros fármacos y analizar el ritmo.

2. Tener un ritmo desfibrilable que puede ser tanto fibrilación ventricular como taquicardia ventricular sin pulso, en este caso cargamos a los julios adecuados y desfibrilamos, se continúan con las compresiones 15:2 y se realiza lo mismo comentado anteriormente, comprobamos cada 2 minutos la posición de los electrodos, que se esté ventilando, administrando adrenalina en las dosis necesarias cada 3-5 minutos, considerar otros fármacos y analizar el ritmo. Si con la tercera descarga se sigue igual administraremos amiodarona 5 mg/kg.

En ambos casos si al volver a revisar sigue estando el paciente en la misma situación volveremos a empezar desde el principio hasta pasados entre 20 y 40 minutos según afirman algunos autores.

5 Discusión-Conclusión

El paciente pediátrico es diferente tanto anatómica como fisiológicamente. Estas diferencias hacen que ante una situación de urgencia como puede ser la parada cardiorrespiratoria, si no hay personal bien entrenado en la materia puede hacer que se retrase el inicio del tratamiento, pudiendo provocar efectos secundarios en el paciente, incluso su muerte sino somos capaces de actuar a tiempo, ya que es una enfermedad tiempo-dependiente.

El personal de enfermería debe estar bien preparado ante este tipo de situaciones, ya que normalmente actuamos solo con adultos y ante una situación de estas puede ser que no si no estamos bien preparados no actuemos correctamente.

Tanto las dosis de los fármacos como la cantidad de descarga eléctrica son diferentes con respecto a los adultos, a la hora de intubar, es mucho más complicado intubar a un paciente pediátrico que a un adulto, y según los últimos estudios han

aconsejado utilizar el tubo orotraqueal con balón, ya que no se han visto efectos secundarios con respecto a pacientes con los que no lo han usado. Además, se ha visto que reduce las situaciones de fuga, aumenta de resistencias y la disminuye la capacidad de distensión de los pulmones.

También hay que tener en cuenta que, a la hora de realizar la RCP, en el adulto por cada 30 compresiones se realizan 2 ventilaciones y en el paciente pediátrico por cada 15 compresiones 2 ventilaciones.

El acceso vascular es fundamental ante este tipo de situaciones, por lo que si no somos capaces conseguir uno debemos ser conscientes de que podemos utilizar la vía intraósea, es más fácil y rápida de acceder a ella. Desde este tipo de acceso se puede tanto administrar líquidos, como realizar analíticas o infundir determinados fármacos. Se ponen de manera que, en la cavidad medular, presente en el interior los huesos largos del cuerpo humano, no colapsable, ya que aquí tenemos una rica red capilar que drena a un gran seno venoso central, y que cumple su función igual que si se hubieran administrado por una vía venosa periférica.

Por todo ello, se puede afirmar que, a la hora de trabajar con niños, el equipo debe estar bien preparado, para que el tiempo sea el menor posible a la hora de actuar y el proceso de reanimación del paciente sea el correcto.

6 Bibliografía

1. López-Messa JB. ¿Cuál debe ser la duración apropiada de los intentos de resucitación cardiopulmonar? *Med Intensiva* [Internet]. 2017;41(3):188–90. Disponible en: <https://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2017/07/Cu%C3%A1l-debe-ser-la-duraci%C3%B3n-apropiada-de-los-intentos-de-resucitaci%C3%B3n-cardiopulmonar.pdf>.
2. Castellanos Ortega A, Rey Galán C, Carrillo Álvarez A, López-Herce Cid J, Delgado Domínguez y. M. Reanimación cardiopulmonar avanzada en pediatría [Internet]. *Scpediatria.cat*. 2006 [citado el 13 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.scpediatria.cat/rcp/docs/docent/rcp-avanzada.pdf>.
3. López-Herce J, Cid A, Rodríguez Núñez MT, Español G, López J. Recomendaciones de reanimación cardiopulmonar pediátrica básica, avanzada y neonatal: ética y reanimación cardiopulmonar [Internet]. *Medynet.com*. [citado el 13 de septiembre de 2023]. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/etica%20y%20reanimacion%20cardiopulmonar.pdf>.
4. López-Herce J, Rodríguez A, Carrillo A, de Lucas N, Calvo C, Civantos E, et al. Novedades en las recomendaciones de reanimación cardiopulmonar pediátrica. *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2017;86(4):229.e1-229.e9. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403316303083>.

5. Poole K, Couper K, Smyth MA, Yeung J, Perkins GD. Mechanical CPR: Who? When? How? Crit Care [Internet]. 2018 [citado el 13 de septiembre de 2023];22(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29843753/>.
6. Aliaño Piña M, Ruiz Villén C, Galán Serrano J, Monedero Rodríguez P. Cardiopulmonary resuscitation during the COVID-19 pandemic in Spain. Rev Esp Anesthesiol Reanim (Engl Ed) [Internet]. 2021 [citado el 13 de septiembre de 2023];68(8):437–42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34538618/>.
7. Pérez-Vela JL, López-Messa JB, Martín-Hernández H, Herrero-Ansola P. Novedades en soporte vital avanzado. Med Intensiva [Internet]. 2011;35(6):373–87. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210569111000854>.
8. Bascuñana JJA. Soporte vital avanzado politraumático. Universidad de Zaragoza; 2003.
9. Antúnez MG, Cobos CLG, García MVV, Miguez AM. Reanimación cardiopulmonar. Soporte vital básico y avanzado. Medicine [Internet]. 2015;11(87):5185–94. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541215002474>.

Capítulo 121

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

GEMA BOTELLA ANDÚJAR

ANA MARÍA REOLID EGIDO

VERÓNICA MORENO ESCRIBANO

1 Introducción

Consideramos una urgencia sanitaria cuando aparece de manera inesperada un problema de salud grave, el cual debe de ser atendido inmediatamente por un profesional. El servicio de urgencias es uno de los más estresantes, difíciles y con mayor responsabilidad para los sanitarios. Ya que este servicio engloba una diversidad de edades y patologías, donde se deberán poner en práctica los conocimientos adquiridos, demostrar empatía y calma ante las diferentes situaciones dadas en el servicio de urgencias.

Con respecto al técnico de cuidados auxiliares de enfermería, al ser el sanitario que más toma de contacto con el paciente tiene, deberá estar atento a posibles variaciones en los pacientes y comunicarlo a sus superiores, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá estar bien cualificado para poder tratar con diversos tipos de personas y edades, teniendo en cuentas las necesidades de cada grupo de edad.

Por lo general el técnico en cuidados auxiliares de enfermería una vez que el asistente a urgencias haya sido triado, admitido e identificado, se le acomodara

y recibirá la ayuda que precise, como por ejemplo desvestirse o vestirse si no tuviera un grado óptimo de dependencia para poder hacerlo solo.

La función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en este servicio es ayudar a médicos y el personal de enfermería, facilitando sus labores para que el equipo realice con garantía su trabajo. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería se encargan de la atención básica de los pacientes hasta que su alta o traslado siempre supervisados por médicos/as y enfermeros/as.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del TCAE en el servicio de urgencias hospitalarias.

3 Metodología

Para elaborar el presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre el tema tratado, siendo la principal Google. Seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Siendo las principales palabras de búsqueda: Servicio de urgencia, funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de urgencia, funciones del TCAE en urgencias, etc.

4 Resultados

En un servicio tan amplio como con las urgencias, se debe trabajar equipo con una forma coordinada entre los integrantes que formen el grupo. Una buena coordinación conjunta del personal sanitario en el servicio de urgencia es de vital importancia para que el servicio óptimo y de calidad, persiguiendo la evolución positiva de los pacientes que llegan a este servicio.

Determinar que los servicios de urgencias se dividen en; admisión, triaje, sala de espera, ambulatoria, boxes generales, boxes trauma, aislamientos, salas de observación y vitales y en la actualidad tenemos que mencionar también la zona covid-19 (zona de respiratorio)

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería, tiene amplias funciones en esta zona y luego otras más específicas según qué zona de urgencias atienda, pero generalizamos dichas funciones como;

Recibe al paciente tras pasar por los servicios de admisión y triaje,

Identificar al paciente acomodarlo.

Observar el grado de dependencia del paciente, así como de su estado general de salud, y si hubiera alguna anomalía comunicarlo al equipo de enfermería.

Aseo del paciente, cambiar pañales, dar de comer.

Reponer almacén, reponer lencería, control de stock de material.

Reponer y revisar carro de curas.

Y funciones más específicas según en la ubicación que tenga en el turno como podrían ser;

Ayudar al equipo de sondaje

Ayudar y preparar escayolas.

Preparar material estéril.

Movilización de pacientes, entre otras muchas más.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería ha de proporcionar un trato amable y calmado tratando de empatizar e inspirar confianza a cada paciente. Explicándole de una manera clara, sencilla, y concisa todo lo que se le va a hacer y tranquilizándole si fuera necesario.

En estos servicios tan de tan demandados es esencial dar prioridad a los protocolos de actuación, para agilizar en la medida que se pueda la estancia del paciente. Así podremos olvidos innecesarios y nos protegeremos ante las reclamaciones si actuamos según el protocolo establecido.

5 Discusión-Conclusión

Son muchas las funciones que recaen para el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, por ello es esencial una buena formación generalizada y concreta dependiendo del servicio en el que se esté trabajando. Por ello es de vital importancia resaltar, que una buena coordinación conjunta del personal sanitario en el servicio de urgencia es esencial, para que el servicio sea óptimo y de calidad, persiguiendo la evolución positiva de los pacientes que llegan a este servicio.

En estos servicios tan de tan demandados es esencial dar prioridad a los protocolos de actuación, para agilizar en la medida que se pueda la estancia del paciente. Así podremos olvidos innecesarios y nos protegeremos ante las reclamaciones si actuamos según el protocolo establecido.

6 Bibliografía

1. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-el-servicio-de-urgencias/>.

2. <https://www.euroinnova.edu.es/blog/que-hace-un-auxiliar-de-enfermeria-en-urgencias>.
3. <https://www.campustraining.es/noticias/auxiliar-enfermeria-funciones-urgencias/>
<https://oposicionesflou.com/blog/funciones-auxiliar-enfermeria-urgencias/>.

Capítulo 122

PREVENCIÓN DE LESIONES DORSOLUMBARES PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

GEMA BOTELLA ANDÚJAR

ANA MARÍA REOLID EGIDO

VERÓNICA MORENO ESCRIBANO

1 Introducción

Las lesiones dorsolumbares son muy frecuentes siendo debidas a malos hábitos posturales que se adoptan a lo largo de la jornada laboral, o de la cotidiana pudiendo llegar a lesionar los discos y las articulaciones.

En la mayoría de los casos se produce dolor local, molestias y restricción de la movilidad, modificando negativamente al rendimiento en el puesto de trabajo y suponiendo un obstáculo en la realización de tareas de la vida diaria, viéndose así afectada la calidad de vida.

Las lesiones dorsolumbares pueden ir desde una lumbalgia, lesiones o fracturas vertebrales siendo el sobreesfuerzo la causa. Otro daño muy común en las lesiones dorso lumbares son las alteraciones discales intervertebrales, es decir, hernias discales, entre otros ejemplos.

También pueden aparecer lesiones por diversas causas más, algunas como estas:

- Mala condición física.

- La obesidad es un factor a tener en cuenta.
- Levantar peso excesivo.
- Ritmo de trabajo prolongado en el tiempo, como por ejemplo los turnos largos.
- La mala organización del trabajo.
- No disponer de material adecuado para que nos ayuden por ejemplo en el transporte de pacientes encamados, como pueden ser las grúas o derivadas ayudas mecánicas.
- Falta de formación y entrenamiento en técnicas de movilización.
- Enfermedades internas, como infecciones o piedras en los riñones, también condiciona que se produzca una lesión por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

Las lesiones más graves que pueden aparecer, si no se tratan a tiempo, podrían llegar a provocar dolor crónico y complicaciones, con la imposibilidad parcial o completa para caminar entre otros efectos.

2 Objetivos

Exponer el papel del TCAE en la prevención de lesiones dorsolumbares.

3 Metodología

Para elaborar el presente trabajo de investigación se han llevado a cabo consultas en diversas bases de datos y bibliografía específica sobre el tema tratante, siendo la principal Google. Seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas Siendo las principales palabras de búsqueda: Sobrecarga dorsolumbar para el personal sanitario, sanitario, movilización de pacientes, lesiones técnicas auxiliares de enfermería, lesiones dorsolumbares ámbito sanitario.

4 Resultados

Para el técnico en cuidados auxiliares de enfermería es muy importante, saber cómo ejecutar el manejo de cargas pesadas, ya sea en almacén, con producto, o con los pacientes que a fin de cuentas son con los que más trata a lo largo de su jornada laboral.

Una formación especializada en este tipo de casos, sería muy aconsejable, ya que con dicha formación y postreramente una formación continuada o reciclaje se

adquirirían los conocimientos necesarios para evitar lesiones producidas en el entorno laboral del auxiliar de enfermería. La buena ejecución de las maniobras correctas, nos ayudará a evitar lesiones dorsolumbares y problemas derivados de nuestro trabajo como personal sanitario.

Igualmente, las técnicas aprendidas nos serán de gran ayuda para la práctica en la vida cotidiana, aunque no tengan relación directa con el propio trabajo de técnico en cuidados auxiliares de enfermería, con el fin de evitar la aparición o agravación de lesiones. Algunos hábitos que podemos modificar para evitar dichas lesiones son:

- . Por ejemplo, si el paciente está lejos de nuestro cuerpo, sería conveniente acercarnos a él, antes de inclinar la espalda, una vez con el paciente cerca lo más aconsejable es flexionar las piernas y mantener la espalda recta.

- . Se deberá de poner lo más cerca posible al cuerpo así, conseguimos que el esfuerzo sea mucho menor y conseguiremos mantener la columna vertebral erguida.

- . Evitar el levantamiento de cargas con brazos separados, estos han de estar pegados lo máximo posible al cuerpo, pero mantenerlos en tensión, para evitar lesiones en ellos.

- . Evitar la rotación de columna durante la toma de carga, se debería de hacer llevando a cabo con una rotación del tronco sobre las piernas, es decir, una rotación con la cadera, no con la columna.

- . Intentar siempre hacer cargas simétricamente con la misma peso.

- . Pedir ayuda, que se necesite, ya sea para levantar, sentar, acostar o acomodar al paciente como en otra área de trabajo.

Estos son algunos de muchos ejemplos que nos pueden ayudar a una prevención de lesiones dorsolumbares.

5 Discusión-Conclusión

Una buena higiene postural nos ayudara a prevenir el dolor de espalda y otras enfermedades derivadas de los sobreesfuerzos en el ámbito laboral o en la vida cotidiana. Para conseguir un óptimo cuidado de la columna vertebral, dorsales y lumbares, es necesario saber la importancia de la educación postural con el objetivo de prevenir futuras lesiones derivadas de estas mismas.

Una forma eficaz de combatir con las lesiones dorsolumbares, en la medida que se pueda es intentar anticiparse al problema con una serie de medidas preventivas, como, por ejemplo, la práctica de ejercicio físico tiene como finalidad fortalecer la

musculatura del cuerpo y si lo complementemos con una dieta sana y equilibrada ayudaremos a mantenernos en un estado óptimo de salud.

La higiene también postural forma una parte esencial para la prevención de lesiones y evitar dolores dorsolumbares. Comprender y adoptar los conocimientos necesarios de una buena educación postural tendrá como objetivo el de prevenir futuras lesiones dorsolumbares.

6 Bibliografía

<https://auxiliarenfermeria.es/movilizacion-de-pacientes-2/>

http://www.auxiliar-enfermeria.com/riesgos_auxiliares.htm

<https://revistamedica.com/lesiones-de-espalda-funciones-celador/>

<https://revistamedica.com/prevencion-lesiones-dorso-lumbares-ambito-sanitario/>

Capítulo 123

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN HEMODIÁLISIS

CARMEN INMACULADA LOPEZ DELICADO

ALMUDENA GARCÍA RAMIREZ

ROSA MARÍA GARCÍA RAMÍREZ

ANA BELÉN BERMUDEZ FERNANDEZ

ISIDORA ROMÁN CASADO

1 Introducción

El aumento de las enfermedades renales actualmente ha ocasionado una gran preocupación. Por ello, se ha invertido en más investigación para intentar disminuir el número de casos y para mejorar las condiciones de vida de las personas diagnosticadas con enfermedad renal.

Las enfermedades renales hacen que la vida de las personas que las padecen cambie completamente, deben llevar un estilo de vida diferente, el enfermo y la familia deben adaptarse a unas nuevas condiciones y deben seguir unos estrictos horarios que limitarán su libertad.

La hemodiálisis es una de las alternativas que existen actualmente para tratar a los pacientes con insuficiencia renal aguda o crónica. La mayoría de los enfermos

crónicos van a tener que depender de la hemodiálisis durante toda su vida, ya que el daño renal es irreversible.

Hay que tener en cuenta que antes de iniciar la hemodiálisis, se debe intervenir quirúrgicamente para crear un acceso vascular.

En general, en la sala donde se realiza la hemodiálisis se encuentra un enfermero/a y un TCAE. Aunque intervienen más profesionales sanitarios a lo largo del proceso, como nefrólogos y nutricionistas, por lo que se considera un equipo de profesionales multidisciplinar especializado.

Son indispensables los cuidados del TCAE durante la hemodiálisis, ya que se encargan de evitar infecciones en el área de inserción del catéter.

2 Objetivos

Estudiar la importancia de la figura del TCAE en el tratamiento de hemodiálisis, incluyendo el cuidado físico y emocional del paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda de información y se han consultado artículos en las principales bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Con ello, se va a proporcionar información con aspectos relevantes sobre las funciones que realiza el TCAE en hemodiálisis.

4 Resultados

El TCAE en la unidad de diálisis debe ofrecer al paciente una atención continuada, intentando que esté lo más cómodo posible, ya que pasará muchas horas allí. Además, antes de que se produzca el recibimiento del paciente debe haber preparado todo el material y aparatos necesarios como, por ejemplo, unos paños estériles, unas jeringuillas, unas agujas para analítica y unas agujas fístula.

El TCAE, debe pesar al paciente en el momento de la llegada. Mientras tanto, se asegurará de que la máquina se encuentre en correctas condiciones para su uso. Es importante que antes de comenzar la sesión verifique que el estado de salud del paciente es normal (comprobando las constantes vitales), ya que si detecta alguna anomalía deberá comunicarla al médico y probablemente no se pueda realizar la

hemodiálisis. Durante la sesión, tendrá que medir la presión arterial cada treinta minutos, para comprobar que no se haya producido ninguna irregularidad.

El TCAE es el encargado de registrar la ingesta y la diuresis que se han producido en la sesión. Ya que se trabaja en equipo, tendrá que ayudar al enfermero/a en la conexión y desconexión del catéter y en la preparación de todo el material necesario. Además, debe lavar siempre con agua y jabón la zona del catéter, para evitar la producción de infecciones.

Una vez finalizada la sesión, es importante que se vuelva a pesar al paciente. Hecho esto, deberá desinfectar todos los aparatos utilizados y enviar a esterilización el material, ya que se utilizará de nuevo.

El TCAE le recordará al paciente que debe descansar las primeras horas tras la sesión, ya que la hemodiálisis es un proceso que resulta agotador y puede producirle caídas o mareos por encontrarse débil.

5 Discusión-Conclusión

La insuficiencia renal tanto aguda como crónica, produce un gran impacto psicológico y emocional en la persona que la padece y en sus familiares. No solo por la enfermedad en sí, sino porque su vida social se reduce por el tiempo que pasan en la unidad de diálisis.

Por ello, el TCAE y el enfermero/a harán lo posible por ofrecer los mejores cuidados, y siendo para ellos un apoyo. Los pacientes se sentirán mejor y aceptarán más fácilmente los cambios que se han producido en sus vidas.

En la Unidad de diálisis el papel que desempeña el TCAE es imprescindible, por lo que no se debe prescindir nunca de sus cuidados.

6 Bibliografía

1. Ocronos R. Los cuidados del TCAE con el paciente en hemodiálisis [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021 [citado el 17 de julio de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/cuidados-tcae-hemodialisis/>

Capítulo 124

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN CUIDADOS PALIATIVOS

CARMEN INMACULADA LOPEZ DELICADO

ALMUDENA GARCÍA RAMIREZ

ROSA MARÍA GARCÍA RAMÍREZ

ANA BELÉN BERMUDEZ FERNANDEZ

ISIDORA ROMÁN CASADO

1 Introducción

La enfermedad terminal es una situación en la que el paciente padece una enfermedad incurable o que no puede ser tratada adecuadamente, por lo que morirá en poco tiempo (normalmente menos de 6 meses).

Los cuidados paliativos son aplicados mayoritariamente a las personas con enfermedades degenerativas o que ya se encuentran muy avanzadas. En concreto, son las medidas aplicadas para que estos pacientes tengan una mayor calidad de vida (a pesar de sufrir una grave enfermedad) con los cuidados, la prevención, la disminución del sufrimiento y los tratamientos correctos para el alivio del dolor (que puede ser tanto físico como psicológico).

Hoy en día, estos cuidados son aplicados a todos los enfermos que padezcan una patología crónica, pero hasta hace tan solo unos años eran utilizados únicamente para los que padecían enfermedades terminales neoplásicas.

Los cuidados paliativos engloban la atención integral del paciente en el final de la enfermedad y pueden realizarse tanto en el domicilio como en el hospital (si se agrava el dolor y se descontrola la enfermedad).

En estos cuidados interviene un equipo multidisciplinar formado por médicos, enfermeros y TCAE, los cuales, necesitarán de conocimientos específicos sobre estos pacientes, sus diversas patologías y las técnicas y cuidados adecuados para ellos.

2 Objetivos

Conocer la importancia que tiene el TCAE en los Cuidados Paliativos, centrándose en la higiene diaria, en la alimentación y el apoyo psicológico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda de información y se han consultado artículos en las principales bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Con ello, se va a proporcionar información con aspectos relevantes sobre las funciones que realiza el TCAE en la Unidad de Cuidados Paliativos.

4 Resultados

Los cuidados paliativos se centran en:

- Aliviar el dolor y los síntomas molestos.
- Apoyar al paciente y a la familia de manera psicológica, social y espiritual.
- Intentar comprender la muerte como algo natural y normal.

Es importante destacar que los cuidados paliativos no alargan ni acortan la vida.

El TCAE prestará unos cuidados al paciente dependiendo de sus necesidades:

La higiene diaria que le realizará es fundamental para que el paciente se sienta cómodo. Una vez finalizada la limpieza, le secará los pliegues de la piel correctamente para evitar úlceras o heridas y le hidratará la piel.

Es importante que todos los días cambien las sábanas de la cama.

Los ojos los deben limpiar con una solución salina para evitar la sequedad y el cúmulo de secreciones.

También es imprescindible el cuidado adecuado de la boca, utilizando unas torundas con solución antiséptica, sin olvidar la hidratación de los labios.

Todas estas técnicas se realizarán manteniendo en todo momento la intimidad del paciente.

La alimentación dependerá de las diferentes necesidades que presente el paciente y teniendo en cuenta su tolerancia (en muchos casos, se fracciona la dieta en pequeñas tomas diarias).

En los casos en los que sea posible, se intentará aumentar la cantidad de líquidos para evitar el estreñimiento. También, el TCAE y la enfermera pueden aplicar enemas (prescritos por los médicos) si fuera necesario.

En los pacientes terminales, son frecuentes las náuseas y los vómitos, por lo que el TCAE intentará disminuirlos animando al paciente para la realización de respiraciones profundas y lentas.

Para que el paciente se encuentre cómodo y pueda descansar correctamente, deberá ser cuidadoso y empático.

El TCAE comprobará que el paciente reciba todos los tratamientos médicos y farmacológicos, con la finalidad de mejorar su calidad de vida y evitar el dolor.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados paliativos son imprescindibles, la aplicación de los procedimientos y las técnicas que he nombrado anteriormente, servirán para mejorar el bienestar, para controlar el dolor y para tener una mejor calidad de vida en los últimos meses antes de fallecer.

Es necesario cuidar las necesidades físicas y psicológicas para mantener una adecuada comunicación con el paciente y sus familiares, dándoles la oportunidad de expresar todo lo que sienten y haciéndoles sentir valorados.

El equipo sanitario se encarga de prestar una atención integral (física y emocional) de manera continuada y siempre trabajando en equipo. Las funciones del TCAE resultan indispensables para que estos pacientes se sientan cómodos.

6 Bibliografía

1. Gómez, Mercedes Erro, et al. "Participación TCAE en los cuidados paliativos del paciente." *Revista Sanitaria de Investigación* 3.9 (2022): 388.

2. Ocronos R. Funciones del TCAE en pacientes con Cuidados Paliativos [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2022 [citado el 26 de julio de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-tcae-cuidados-paliativos/>

Capítulo 125

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL QUIRÓFANO

CARMEN INMACULADA LOPEZ DELICADO

ALMUDENA GARCÍA RAMIREZ

ROSA MARÍA GARCÍA RAMÍREZ

ANA BELÉN BERMUDEZ FERNANDEZ

ISIDORA ROMÁN CASADO

1 Introducción

El proceso quirúrgico consta de unas labores manuales e instrumentales que están orientadas a aliviar, sanar o analizar (a través de la cirugía) a un paciente, en los casos en los que no es posible la realización de otra acción médica.

Para que tenga lugar una intervención quirúrgica, se necesita una adecuada preparación del quirófano, conocimientos especializados del equipo sanitario, precauciones de seguridad y la realización de unas correctas técnicas de limpieza, desinfección y esterilización. Todo esto es necesario para que el enfermo se sienta cómodo y seguro en la sala de quirófano.

En el proceso quirúrgico distinguimos tres periodos: el periodo preoperatorio (antes de la cirugía), el periodo intraoperatorio (durante la cirugía) y el periodo postoperatorio (después de la cirugía).

El quirófano es un servicio en el que el trabajo en equipo es muy importante para que la cirugía se desarrolle correctamente. El TCAE trabaja de forma coordinada junto a la enfermera circulante y a la enfermera instrumentista, ayudándoles siempre que lo necesiten y realizando todas las actividades de desinfección, control y reposición de los materiales utilizados en la cirugía.

El paciente suele acudir nervioso al quirófano, por lo que el equipo sanitario se encarga de tranquilizarlo y de demostrarle confianza.

2 Objetivos

Mostrar la importancia de las funciones realizadas por el TCAE en el quirófano, trabajando de forma coordinada junto a la enfermera circulante y a la enfermera instrumentista.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda de información y se han consultado artículos en las principales bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Con ello, se va a proporcionar información con aspectos relevantes sobre las funciones que realiza el TCAE en el quirófano.

4 Resultados

El TCAE en el quirófano siempre debe realizar sus funciones de forma coordinada con las enfermeras (circulante e instrumentista).

FUNCIONES Y TÉCNICAS DEL TCAE EN EL QUIRÓFANO

Periodo preoperatorio (preparación del quirófano)

- Coloca el material y los aparatos quirúrgicos junto a las enfermeras.
- Prepara un sistema de aspiración que esté conectado a vacío, ya que se utilizará en las cirugías de urgencia (los pacientes no han ayunado previamente).
- El TCAE recibirá al paciente, identificándolo, comprobando su historia clínica y proporcionándole unos cuidados de calidad y haciendo que se sienta seguro.

- Junto al resto del equipo quirúrgico, realizará el listado de verificación quirúrgica.
 - El TCAE se encarga de guardar todo lo perteneciente al paciente (anillos, pulseras, prótesis...)
 - Asiste a las necesidades básicas del paciente antes de la intervención como, por ejemplo, poniéndole la cuña si necesita orinar.
- Periodo intraoperatorio (durante la cirugía)
- El TCAE y la enfermera circulante, visten y atan las cinchas de la bata quirúrgica a la enfermera instrumentista y al resto de miembros del equipo quirúrgico.
 - Se encarga de colocar al paciente correctamente en la mesa quirúrgica (según le haya indicado el anestesiólogo).
 - Coloca la manta térmica al paciente si se prevé que su temperatura corporal va a descender.
 - Proporciona el material que se le solicite durante la intervención.
 - Ayuda a la enfermera a colocar los apósitos al terminar la cirugía.
- Periodo postoperatorio (después de la cirugía)
- Limpia, desinfecta y recoge el material que se ha utilizado y que se puede utilizar en otras intervenciones.
 - Manda al servicio de esterilización el material que ha sido utilizado.
 - Revisa los contenedores de materiales punzantes.
 - Una vez limpia la mesa quirúrgica, coloca otra sábana.
 - Revisa y repone el material del quirófano.

5 Discusión-Conclusión

El proceso quirúrgico se divide en tres periodos que ocurren de manera secuencial: el periodo preoperatorio, el intraoperatorio y el postoperatorio. En cada uno, el TCAE realiza diferentes funciones en los que pretende que el paciente se encuentre cómodo y perciba el entorno como seguro.

El trabajo en equipo entre el TCAE, la enfermera circulante y la enfermera instrumentista, es imprescindible. Cada uno realiza funciones diferentes, pero es necesaria la colaboración entre ellos.

En concreto, el TCAE se encarga de recibir al paciente y de guardar sus pertenencias, reponer el quirófano, limpiar los instrumentos o aparatos utilizados y mandarlos al servicio de esterilización.

6 Bibliografía

1. Villa, Gemma Calvo. "Técnicas del TCAE en el quirófano." España: PTN de uso interno del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (2005).

Capítulo 126

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA

MARIANGELES HIGUERA HERNANDEZ

MARÍA LÓPEZ CABAÑERO

NAZARET DE LA FUENTE DE LA FUENTE

TERESA ALFARO GONZÁLEZ

M JOSE BONILLA DELGADO

1 Introducción

En este capítulo vamos a desarrollar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en las unidades de cirugía que tienen ingresados a los pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente y no pueden permanecer en el servicio de cirugía ambulatoria por la patología que padecen.

Cuando estamos en una unidad de cirugía tenemos que ser conscientes del trabajo en equipo con el servicio de quirófano. Por ello, sabiendo la fecha y la hora de la intervención debemos preparar al paciente no sólo físicamente sino psicológicamente porque una intervención quirúrgica conlleva mucho estrés.

La cirugía es una especialidad de la medicina que trata de curar mediante el acceso a las cavidades del organismo para solucionar problemas que existen. Se puede hablar de varios tipos de cirugías como paliativas, curativa, reparadora o

estética. Todas ellas tienen como objetivo curar o paliar un dolor o problemas mayores como en el caso de la cirugía paliativa.

En otros casos, las cirugías se clasifican en función del tiempo siendo de carácter urgente o programada. En muchos casos esto va a favorecer la recuperación de los pacientes en nuestras unidades de cirugía ya que la urgente requiere una mayor dedicación por nuestra parte.

Ante todo, la cirugía trata de reparar patologías que se han desarrollado en nuestro organismo.

2 Objetivos

Como objetivo principal de este trabajo se trata de describir las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de cirugía.

Como objetivos secundarios mostrar las partes en las que se divide el trabajo en las unidades de cirugía.

3 Metodología

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

Palabras clave: cirugía, quirúrgica, paciente, intervención y técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

4 Resultados

Cada miembro del equipo y en concreto los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería son los profesionales que se encuentran más cerca de los pacientes por el tiempo que les dedicamos y por los momentos de intimidad que compartimos como es el aseo o poner una cuña.

En la unidad de cirugía, se tienen una serie de funciones que se reparten entre los tres turnos ya que se trata de una atención durante las 24 horas del día. Debemos prestar especial atención al cuidado del entorno del paciente, debemos verificar que porta la pulsera identificativa y la desinfección del material que se envía a esterilizar.

El proceso quirúrgico consta de tres partes: preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio. Cada uno ellos, se desarrolla en función de los protocolos del centro hospitalario.

Las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el preoperatorio:

- Rasurar la zona a intervenir si así se indica.
- Poner el enema si así se indica.
- Favorecer la evacuación de intestino y vejiga.
- Registrar las constantes vitales como temperatura y orina.
- Retirar las prótesis, joyas o relojes y entregarlos a los familiares.
- Eliminar el maquillaje, la laca de uñas etc... Se le aconseja que tome baño si es independiente y que no se eche cremas. Se le facilita una esponja antiséptica.
- Comprobar que tiene realizadas todas las pruebas para la intervención.
- Colocar la historia clínica junto al paciente ante de su traslado al quirófano.
- Informar al paciente del proceso a seguir preservando su intimidad.

Las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el intraoperatorio no forman parte de la labor que se realiza en la unidad de cirugía.

Las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el postoperatorio:

- Recibir al paciente que procede la unidad de reanimación.
- Acomodarlo
- Facilitarle un camisón.
- Comprobar la pulsera identificativa.
- Verificar el momento en que se inicia la tolerancia.
- Pedir dieta de transición a dietética.
- Apoyar a la enfermera en lo que se solicite.
- Vigilar los drenajes si fuese portador de ellos, así como la colostomía.
- Tomar las constantes de forma más continuada para evitar posibles complicaciones.
- Vigilar el estado de los apósitos de la herida quirúrgica.
- Revisar el sistema de aspiración, oxígeno y de vacío.
- Preparar los objetos y productos de aseo.
- Permitir la entrada de la familia.

En el postoperatorio, debemos estar prestos a las necesidades de los pacientes ya que el organismo sufre una serie de traumas que el paciente no sabe cómo expresarlo por ello debemos ayudarles para que expresen los miedos y las consecuencias a las que se enfrentan después de una cirugía.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe apoyar y ayudar a la enfermera con la que forma equipo en la atención y los cuidados integrales a estos pacientes. Además, debe llevar a cabo las funciones delegadas debe de ser consciente de las funciones propias que debe ejercer.

Por último, mencionar que es preciso un tacto especial en este tipo de pacientes que ven como parte de su cuerpo es extirpado o como su cuerpo se tiene que enfrentar a ser portador de una colostomía por lo que es muy importante tener habilidades psicológicas de empatía para apoyar en el afrontamiento de su nueva realidad.

6 Bibliografía

1. Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa “Auxiliar de enfermería; Técnicas básicas de enfermería higiene en el medio hospitalario” Sexta edición. Mc Graw Hill.
2. <https://revistamedica.com/cuidados-tcae-pacientes-quirurgicos/>.
3. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-la-unidad-de-cirugia-menor-ambulatoria/>.

Capítulo 127

EL PACIENTE QUEMADO Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARIANGELES HIGUERA HERNANDEZ

MARÍA LÓPEZ CABAÑERO

NAZARET DE LA FUENTE DE LA FUENTE

TERESA ALFARO GONZÁLEZ

M JOSE BONILLA DELGADO

1 Introducción

Las quemaduras representan unas 180.000 muertes a nivel mundial con lo que es considerado un problema grave para la sanidad. Al actuar la piel como barrera frente al exterior si esa barrera se rompe permite la entrada de microorganismos a nuestro cuerpo que protegen de las infecciones. De esto se deduce que la barrera inmunitaria desaparece.

Un paciente quemado es aquel que presenta lesiones en la piel y tejidos que son provocados por el calor recibido de forma directa o indirecta a través de sustancia químicas, electricidad o radiaciones. El estado de gravedad va a depender de la profundidad y la extensión.

Como norma general, las quemaduras no suelen ser causa de muerte, pero sí que conllevan una hospitalización larga, una discapacidad y suelen provocar estigmas a nivel social.

Las quemaduras pueden ser provocadas por calor o por frío o por conducción de la electricidad dependiendo del factor causante la actuación es diferente. Normalmente, alrededor de unas 500.000 lesiones por calor precisan de atención primaria y unos 2.000.000 se consideran de cierta gravedad. En nuestro país, según los estudios alrededor del 5% de los pacientes con quemaduras fallecen. Es cierto que estos pacientes suelen provenir de accidentes laborales de gran envergadura.

2 Objetivos

Como objetivo principal:

- Describir el proceso de las quemaduras y sus atenciones por parte de la sanidad.

Como objetivo secundario:

- Exponer la actuación de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería ante los pacientes con quemaduras.

3 Metodología

Para la elaboración del este capítulo sobre los quemados se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática en soporte papel y digital, sobre la literatura científica existente.

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

Palabras claves: quemados, técnico en cuidados auxiliares de enfermería, quemaduras y unidad de quemados.

4 Resultados

En los países más desarrollados se ha observado que alrededor del 5% de los casos de accidentes traumáticos provocan quemaduras. La mortalidad es de dos habitantes por cada 100.000. Existen unidades de quemados como la de Getafe que ha sido referente nacional para tratar a este tipo de pacientes en estado crítico.

La gravedad se valora en función de la profundidad, edad, y extensión de la misma utilizando la regla de Wallace o de los nueve que valora su estado según la parte

del cuerpo afectada. Para valorar el grado de la lesión se ve la intensidad del agente que ha causado la quemadura y el tiempo de exposición.

En base a la regla de los nueve (se representa en múltiplos de 9%) para valorar la superficie del cuerpo quemada:

- Cabeza y cuello: 9%.
- Tronco: pecho y abdomen 18%, espalda 18%.
- Brazo y mano: 9%.
- Pierna, pie y nalga: 18%, 9% por delante y 9% por detrás.
- Genitales y zona perianal: 1%.

La referencia es la palma de la mano que equivale al 1% de la superficie corporal.

En base a la profundidad de las quemaduras:

1. Primer grado: Únicamente afectan a la capa externa de la piel. No son graves.
2. Segundo grado: Pueden dejar cicatrices y son dolorosas afecta a las capas intermedias de la piel.
3. Tercer grado: Afectan a las capas más profundas de la piel, se consideran de gravedad y la piel se vuelve de color negro debido a la muerte celular. Determina su curación el estado del paciente, la edad y su localización.

Se debe aliviar el dolor de la persona afectada llegando a administrarle paracetamol o metamizol en el momento de la urgencia en caso de que esté consciente y reponer los líquidos en todo momento para evitar aún más la deshidratación del paciente debido a la superficie quemada. Cuando haya que quitarle la ropa una vez en el centro hospitalario se debe mojar con suero y evitar en todo momento levantar la piel aún más para evitar riesgo de infecciones. En todo momento se va a tratar de enfriar la zona afectada.

A la llegada al centro hospitalario, se debe monitorizar al paciente y vigilar la vía aérea por posible obstrucción o inhalación de humo pudiendo requerir la intubación.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería conoce que ante las quemaduras el organismo produce una respuesta hipermetabólica por lo que se hace necesario que el balance sea negativo es decir se deben retener los líquidos. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe vigilar por su aparecieren signos y síntomas de infección. No sólo se debe conocer los signos y síntomas fisiológicos sino los emocionales por el cambio físico al que se somete un paciente quemado. El plan de actuación ante un paciente con quemaduras consiste en una valoración inicial por parte de todo el equipo multidisciplinar en el que se encuentra el técnico en cuidados auxiliares de enfermería. El paciente va a precisar sedoanalgesia y una ventilación mecánica debido a la gravedad de su estado. Se debe reponer el volumen pautado por el facultativo, prevenir la hipotermia y se realizarán curas

estériles tópicas.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión la actuación por parte de los profesionales sanitarios ante los pacientes quemados es primordial para atender integralmente al paciente. De esta forma se pueden evitar infecciones y otras complicaciones que presentan estas personas que suelen ser la causa principal del fallecimiento ante la rotura de la barrera protectora de la piel.

La labor del técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es básica como un miembro de un equipo multidisciplinar por ello debe formarse para ofrecer cuidados integrales y de calidad.

Por último, al realizar la valoración inicial siguiendo el proceso de urgencia de ABCDE, se repone los líquidos y se van a ir valorando las necesidades del paciente en función de la gravedad de las quemaduras y de su estado. Es necesario priorizar las necesidades y planificar de acuerdo a un plan de atención de enfermería para devolver una calidad de vida.

6 Bibliografía

1. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/papel-de-enfermeria-en-el-abordaje-inicial-del-gran-quemado/>.
2. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-al-paciente-quemado-caso-clinico/>.
3. <https://www.institutoserlog.com/producto/tcae-en-la-unidad-de-quemados/>.
4. 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 128

LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARIANGELES HIGUERA HERNANDEZ

MARÍA LÓPEZ CABAÑERO

NAZARET DE LA FUENTE DE LA FUENTE

TERESA ALFARO GONZÁLEZ

M JOSE BONILLA DELGADO

1 Introducción

El aparato respiratorio está compuesto por las fosas nasales, faringe, laringe, tráquea, bronquios y pulmones que en su conjunto facilitan y realizan el intercambio gaseoso con el medio ambiente de tal forma que facilitan al organismo y sus células el oxígeno que precisan.

El mecanismo de la respiración depende del propio sistema respiratorio y de la respiración que se realiza en las células que obtienen del oxígeno la energía necesaria y expulsan el dióxido de carbono como desecho. Esto se obtiene gracias a los procesos de ventilación, difusión y perfusión.

El aparato respiratorio se relaciona con el sistema circulatorio para poder realizar esta función. De esta forma se produce una adaptación tanto en reposo como en actividad extrema.

Cuando se presenta un paciente con una infección respiratoria aguda en las urgencias hospitalarias suelen tener un pronóstico de curación de unos 15 días. Los problemas respiratorios una causa importante de mortalidad mundial como hemos comprobado con la pandemia del COVID-19. En otras ocasiones, estas infecciones agudas ocultan o son el medio de poder diagnosticar otras enfermedades del aparato respiratorio.

Como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) debemos reconocer los signos y síntomas ante una patología respiratoria para poder ayudar al paciente y avisar a la enfermera o facultativo en caso de urgencia.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos a tratar dentro de este capítulo, se diferencia un objetivo principal:

- Describir las enfermedades respiratorias que se atienden en los centros sanitarios.

Desde este objetivo general se puede desglosar otro objetivo secundario:

- Mostar los conocimientos por parte de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en patologías respiratorias.

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 siendo las palabras claves de la búsqueda: Oxigenoterapia, problemas respiratorios, insuficiencia respiratoria, técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

4 Resultados

La ventilación es la entrada de aire del medio a través de la vía aérea hasta los alveolos para luego volver a salir cargado de dióxido de carbono. El acto activo y voluntario de la entrada de aire recibe el nombre de inspiración mientras que

el proceso de salida del aire que es pasivo o involuntario recibe el nombre de espiración. Esto se conoce como ciclo respiratorio.

El hecho de mantener de forma constante sibilancias, tos, expectoración o dolor en la zona pleural son datos que muestran la posibilidad de una enfermedad respiratoria. Por ello, se debe observar a los pacientes para poder detectar cualquier cambio en el aparato respiratorio que pueda tener relación con alguna patología del mismo.

La insuficiencia respiratoria crónica de las personas adultas es uno de los principales problemas de salud. Suele ser un de las causas de ingreso hospitalario por ello es necesario conocer las técnicas terapéuticas.

Una de las afecciones o enfermedades más comunes de las personas a las que se atienden en los centros hospitalarios es el asma o la EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) que se caracteriza por la obstrucción crónica del flujo de aire hacia los alveolos siendo el consumo de tabaco su etiología. Estos pacientes suelen hacer apneas durante el sueño y suelen precisar de un apoyo técnico durante la noche para evitarlas. La disnea es uno de los síntomas más claros de esta dolencia que se va desarrollando paulatinamente y progresivamente.

La neoplasia de pulmón y el carcinoma de laringe es otra de las enfermedades que afecta a los usuarios que precisan de oxigenoterapia. La adicción al tabaco suele ser la causa que provoca este tipo de patologías.

La tos crónica y productiva de carácter matutino es un síntoma evidente de una patología respiratoria con posibilidades de cronificarse. Los síntomas y signos más graves suelen aparecer a partir de los 50 años en algunas ocasiones, no se observan síntomas o son muy leves cursando de forma asintomática.

El asma bronquial es otra enfermedad crónica que viene provocada por una inflamación de las vías con una gran respuesta de los bronquios que se soluciona con tratamiento teniendo carácter reversible. Presenta una serie de síntomas característicos que son la tos seca, sibilancias, disnea y opresión torácica. Suelen ser episodios, aunque se empeora por la noche.

El síndrome de apnea obstructiva del sueño conocido como SAOS surge en el momento de la inspiración en el proceso del sueño. Presenta como síntomas, tiempos de apnea, con despertares nocturnos y ronquidos. El paciente presenta sueño, cansancio, cefalea entre otros. El tratamiento es colocarse durante el sueño una máquina que insufla presión positiva.

El carcinoma de pulmón suele metastatizar en otros órganos cuando es descubierto. A la hora de ser diagnosticado se centra en el estudio radiológico ya que presenta signos y síntomas variados siendo el más común una tos persistente y tener antecedentes de consumo tabáquico.

En general, la insuficiencia respiratoria produce un fracaso del sistema respiratorio según sea el intercambio gaseoso. Los valores de la presión de oxígeno son de hasta menos de 60 mmHg y más de 45mmHg de dióxido de carbono que permiten hablar de hipoxemia e hipercapnia. Se presenta una insaturación del paciente que en muchas ocasiones viene asociada a otro tipo de patologías como las cardiológicas, neurológicas o urológicas. Para poder diagnosticar una insuficiencia respiratoria se debe realizar una gasometría arterial basal.

5 Discusión-Conclusión

Los sistemas de oxigenoterapia suelen ser la opción como elemento fundamental para el tratamiento en pacientes con problemas respiratorios agudos o crónicos. De esta forma se logra recuperar la calidad de vida de los pacientes ya que la oxigenación permite la recuperación de los tejidos y los órganos del cuerpo con un aporte adecuado de oxígeno.

El hecho de tener un diagnóstico precoz va a facilitar un tratamiento precoz con lo que la calidad de vida del paciente no se va a deteriorar notablemente. Como técnicos y parte de un equipo se deben promover actividades para prevenir las enfermedades respiratorias.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería debemos prevenir estas patologías a través de hábitos de vida saludables junto con un seguimiento del paciente.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/perspectiva-tcae-prevencion-tratamiento-epoc/>.
2. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-en-paciente-con-epoc-adaptado-a-la-situacion-de-pandemia-por-covid-19/>.
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 129

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LAS ACCIONES A DESARROLLAR ANTE PACIENTES CON PARADA CARDIORRESPIRATORIA

LINA MARIET PATIÑO GONZALEZ

MARIA JOSE GONZALEZ CAMACHO

MARIA ANGELES GARCIA DE MARINA FERNANDEZ

ANA MARÍA ÁLVAREZ ALARCÓN

MARTA GARCÍA SÁNCHEZ

1 Introducción

La parada cardiorrespiratoria es una de las causas de mortalidad más importantes en la actualidad. La parada cardiorrespiratoria se refiere al acto en el que se produce una interrupción inesperada y brusca del funcionamiento mecánico del corazón a la vez que se detiene la respiración espontánea del sujeto.

Son muchos los factores de riesgo más asociados a la posibilidad de sufrir una parada cardiorrespiratoria, como pueden ser el infarto de miocardio, el ictus, la cardiopatía coronaria y los problemas cardíacos genéticos, la hipertensión, la

hipercolesterolemia, la obesidad, el tabaquismo y el consumo excesivo de drogas, el sedentarismo, el estrés o el sobreesfuerzo físico.

En el momento en el que se produce una parada cardiorrespiratoria, la circulación de la sangre se detiene, con ello se produce una falta de aportación de sangre oxigenada a todos los órganos vitales y, también, al cerebro lo que puede producir un daño cerebral permanente o la muerte en un espacio de tiempo muy breve. Por esto es primordial empezar las acciones necesarias de reanimación desde los primeros momentos. Se calcula que por cada minuto que transcurre, las posibilidades de supervivencia del paciente pueden reducirse alrededor de un 10%.

La asistencia ante una parada cardiorrespiratoria precisa, en un primer momento, la identificación de que se está ante una parada cardiorrespiratoria; posteriormente, la solicitud rápida de ayuda para activar el sistema de emergencias y, finalmente, comenzar un tratamiento de emergencia mediante la aplicación de compresiones torácicas, e inmediatamente después, si es posible, aplicar una desfibrilación precoz con un desfibrilador automático (DEA).

En España, cada año un paro cardíaco mata a unas 30.000 personas. La tasa de supervivencia para este suceso es de alrededor del 5%, el porcentaje puede llegar al 15% si se realizan procedimientos de reanimación cardiopulmonar, aumentando al 30% (porcentaje referido a casos de paros cardíacos extrahospitalarios) si hay acceso a un programa de desfibrilación. Esta circunstancia hace que sea importante no sólo que los profesionales sanitarios, entre estos, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería sepan cómo actuar ante la PCR, sino que difunda este conocimiento al resto de la población a través de programas de educación.

2 Objetivos

Describir las acciones a llevar a cabo ante un paciente que ha entrado en parada cardiorrespiratoria.

Destacar la importancia de la difusión de los conocimientos sobre el protocolo a seguir en caso de parada cardiorrespiratoria a toda la población por parte de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y del resto del personal sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos

científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También se ha realizado una búsqueda sistemática en buscadores de internet como Google o Google Académico utilizando como palabras clave: “técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y parada cardiorrespiratoria” o “TCAE y RCP”.

4 Resultados

Ante una persona que padece una parada cardiorrespiratoria es preciso restituirla circulación sanguínea y la respiración durante el tiempo necesario hasta el momento en el que se logre aplicar un tratamiento. El objetivo será mantener al paciente oxigenado para prevenir la posibilidad de que se produzcan lesiones cerebrales.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, como personal sanitario, están formados y son conocedores del protocolo a aplicar desde el instante en que se sospecha que el paciente ha entrado en parada cardiorrespiratoria hasta el momento de llegada del equipo de emergencia o los servicios de salud de urgencias y asuman el control de la situación. La secuencia de actuación consta de los pasos siguientes:

- Análisis del lugar para constatar que se está en un entorno seguro.
- Comprobación de la posible existencia de una pérdida de consciencia del paciente golpeándole con suavidad y hablándole.
- Liberación o apertura de una vía aérea. Si se sospecha que pueda existir una lesión cervical se usará la maniobra de tracción mandibular, pero si no existe esa sospecha se utilizará la maniobra frente-mentón.
- Verificación de que existe ventilación aproximando oído a la nariz y a la boca del paciente y observando si el pecho sube y baja.
- Aplicación del masaje cardíaco. Para que la sangre circule por el organismo es necesaria la realización de compresiones torácicas. El TCAE se situará junto al paciente de rodillas, después, colocará el talón de una de las manos en la mitad baja del esternón y el talón de la otra mano encima de la primera y entrelazando los dedos. Es necesario mantener los brazos estirados y en línea vertical sobre el pecho del paciente. Adoptada esta postura, hay que aplicar compresiones sobre el pecho, de manera ininterrumpida y con una frecuencia de entre 100 y 120 compresiones por minuto. Como sustitución de la respiración espontánea hay que alternar las compresiones torácicas con insuflaciones en ciclos de 30:2, esto es, cada treinta compresiones aplicadas se realizarán dos insuflaciones. Durante este procedimiento se comprobará si el pecho del paciente se infla para verificar que la maniobra se está realizando de manera correcta. Será necesario continuar

con la maniobra hasta que el paciente recupere la respiración o hasta la llegada del equipo de emergencias.

Es fundamental subrayar la importancia de la utilización del Desfibrilador Externo Semiautomático (DEA) en cuanto esté disponible.

La formación recibida por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería le permite tener los conocimientos suficientes para saber cómo actuar ante un paciente que ha sufrido una parada cardiorrespiratoria, sin embargo, su contribución social puede ir más allá de la asistencia. El TCAE puede desarrollar una función educativa al compartir con el resto de la población los conocimientos adquiridos participando en las distintas de campañas de formación en primeros auxilios y la utilización del DEA o actuando como divulgador de las medidas preventivas que se pueden adoptar para mantener hábitos de vida saludable que ayuden a minimizar riesgos como puede llevar una dieta sana, no abusar del alcohol, abandonar el hábito del tabaco, o evitar el estrés.

En cuanto a la parada cardiorrespiratoria en el ámbito hospitalario, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería es el encargado del mantenimiento del carro de paradas y que este cuente con el equipamiento necesario ordenado y preparado para su utilización. También se ocupará del acondicionamiento y la reposición del material utilizado tras su uso por el equipo médico, para que quede nuevamente preparado ante la próxima emergencia.

5 Discusión-Conclusión

La parada cardiorrespiratoria es un importante problema de salud, tanto por la gravedad de sus repercusiones como por su alta incidencia. La gravedad de las secuelas o la misma supervivencia del paciente que ha entrado en parada cardiorrespiratoria depende tanto de la patología que la causa como de la respuesta de las personas que estén presentes. Esto hace que no solo el personal sanitario, sino toda la población sepa cómo actuar ante un suceso como este.

Además de saber la manera de aplicar una reanimación cardiopulmonar (RCP) básica para conseguir la supervivencia del paciente, también es muy importante conocer cómo se usan los desfibriladores semiautomáticos (DESA) y utilizarlos. Se estima que la fibrilación ventricular está presente en el 85% de las PCR, las posibilidades de un buen pronóstico suben si se desfibrila en los 90 primeros segundos o, como máximo, en los primeros 5 minutos. También se estima que por cada minuto que se retrase la desfibrilación estas probabilidades van reduciéndose del 2% al 4% si se ha practicado la RCP básica y del 5% al 10% si la RCP básica no se ha practicado. Por ello, dotar de desfibriladores semiautomáticos en

lugares con mayores riesgos de que se puedan producir paradas cardiorrespiratorias es de importancia vital.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, como personal sanitario, han adquirido la formación necesaria para actuar con rapidez y eficiencia ante pacientes que han entrado en parada cardiorrespiratoria, pero difundir estos conocimientos a la población general mediante campañas educativas es muy importante si se aspira a reducir las tasas de mortalidad con base en esta causa.

6 Bibliografía

1. TheOMS. Soporte vital básico ¿Qué debe saber un Auxiliar de enfermería? [Internet]. Centro de Estudios Santa Gema. 2017 [citado el 4 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.fp-santagema.es/soporte-vital-basico-saber-auxiliar-enfermeria/>.
2. Investigación RS. Primeros auxilios, RCP básica [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [citado el 4 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/primeros-auxilios-rcp-basica/>.
3. Moreno-Urgencias y Emergencias EP. Actualización ERC 2021: nuevas recomendaciones RCP [Internet]. Urgencias y Emergencias. Elena Plaza Moreno - Urgencias y Emergencias; 2021 [citado el 4 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.urgenciasyemergen.com/actualizacion-erc-2021-nuevas-recomendaciones-rcp/>.
4. Ocronos R. Procedimiento de actuación de parada cardiorrespiratoria en el ámbito hospitalario [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2022 [citado el 4 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/procedimiento-actuacion-parada-cardiorrespiratoria/amp/>.

Capítulo 130

EL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA COLOCACIÓN DEL SONDAJE NASOGÁSTRICO

MARTA GARCÍA SÁNCHEZ

LINA MARIET PATIÑO GONZALEZ

MARIA JOSE GONZALEZ CAMACHO

MARIA ANGELES GARCIA DE MARINA FERNANDEZ

ANA MARÍA ÁLVAREZ ALARCÓN

1 Introducción

El sondaje nasogástrico es una técnica sanitaria consistente en introducir una sonda a través de la nariz hasta el estómago, con diferentes objetivos como pueden ser; alimentación del paciente cuando no puede realizarse por vía oral, administración de medicamentos, realización de un lavado gástrico con fines terapéuticos, por ejemplo, intoxicaciones y hemorragias, para aliviar o como prevención de la distensión gástrica, obtención de muestras, etc. Esta técnica debe ser practicada por personal experimentado en la materia y con los debidos conocimientos sobre los tipos, características y diversas funciones de cada tipo

de sonda. Todo el personal sanitario que atienda a un paciente con sonda nasogástrica, deberá estar instruido en sus cuidados diarios, así como en la administración de alimentación y medicamentos por la misma a través de jeringa, gravedad o mediante bomba. La técnica consiste en la introducción de la sonda por las vías nasales o boca del paciente hasta llegar al estómago. La sonda nasogástrica debe ser introducida por el personal de enfermería, al que le asistirá el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, proporcionándole el material necesario con las debidas medidas de higiene y desinfección, sujetará al paciente y colaborará en todo lo que se le solicite, dentro de sus funciones.

2 Objetivos

- Explicar en qué consiste una sonda nasogástrica.
- Describir las funciones del técnico auxiliar en cuidados de enfermería (TCAE) durante el procedimiento de colocación de la sonda nasogástrica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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 claves buscadas han sido: sonda nasogástrica, TCAE y funciones.

4 Resultados

Antes de la realización de la técnica de introducción de la sonda nasogástrica, el técnico auxiliar en cuidados de enfermería, preparará el material necesario; jeringas, guantes estériles, gasas, fonendoscopio, paño esterilizado, lubricante hidrosoluble, suero, la bolsa recolectora, el tapón de sellado, una batea, la sonda del calibre que le indiquen, etc. Una vez preparado el material, colaborará con el personal de enfermería en todo lo que necesite.

Procedimiento de la técnica:

- Informar al paciente del procedimiento, tranquilizándolo ya que es una técnica molesta, se le colocará en posición Fowler (sentado en la cama con el respaldo a 90°), si no es posible por alguna patología, la posición podrá ser decúbito lateral, le pediremos que colabore en lo que pueda.

- Si portase prótesis dentales, deberán ser retiradas.
- Todo el personal que colabore en la técnica deberá realizar un lavado higiénico de manos y ponerse guantes.
- Cubriremos el pecho del paciente con un empapador colocando una batea, por si vomita al introducir la sonda.
- Limpiaremos y comprobaremos y la permeabilidad de las fosas nasales, pidiendo al paciente que respire alternativamente por cada orificio mientras se bloquea el contralateral, se elegirá el orificio por el que mejor respire y sea más permeable.
- Mediremos la longitud de la sonda, tomando como referencia desde el lóbulo de la oreja hasta la punta de la nariz y del lóbulo hasta el esternón, se le hará una marca a la sonda para poder orientarnos en su inserción.
- Lubricaremos el extremo distal de la sonda.
- El personal de enfermería iniciará la inserción de la sonda dirigiéndola hacia abajo y hacia la oreja del mismo lateral, con movimientos circulares, manteniendo la cabeza del paciente un poco hacia atrás para ayudar a que pase hasta la orofaringe, le pediremos al paciente que abra la boca y eche la cabeza hacia delante para facilitar que la sonda llegue al tubo digestivo. Una vez introducida se fijará con un apósito y se comprobará el paso de alimentos.

5 Discusión-Conclusión

La técnica de colocación de una sonda nasogástrica es la introducción de una sonda del calibre adecuado por una de las fosas nasales hasta llegar al estómago, se usa para introducir alimentos, medicación, coger muestras del estómago o en casos de hemorragias y lavados gástricos. El técnico auxiliar en cuidados de enfermería, preparará todo el material necesario para la técnica, preparará al paciente para la misma e irá suministrando lo que precise el personal de enfermería durante la introducción de la sonda. En los cuidados diarios al paciente vigilará su correcto funcionamiento, controlando que esté bien fijada con esparadrapo hipoalergénico para prevenir que no se salga, si observara alguna anomalía deberá informar al personal de enfermería inmediatamente.

6 Bibliografía

1. Médicos P. Sondaje nasogástrico. Tipos y función. Indicaciones. Complicaciones [Internet]. Revista-portalesmedicos.com. Revista Electrónica de Portales Medicos.com; 2020 [citado el 28 de julio de 2023]. Disponible

en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/sondaje-nasogastrico-tipos-y-funcion-indicaciones-complicaciones/>.

2. Brenes IM. Inserción, cuidados, mantenimiento y retirada de sonda nasogástrica - Manuales Clínicos [Internet]. Manuales Clínicos. 2022 [citado el 28 de julio de 2023]. Disponible en: <https://manualclinico.hospitaluvrociio.es/procedimientos-generales-de-enfermeria/insercion-cuidados-y-mantenimiento-de-dispositivos/insercion-cuidados-mantenimiento-y-retirada-de-sonda-nasogastrica/>.

3. Colocación de sonda nasogástrica [Internet]. Empendium.com. [citado el 28 de julio de 2023]. Disponible en: <https://empendium.com/manualmibe/compendio/chapter/B34.IV.24.14>.

Capítulo 131

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON PACIENTES CON LESIÓN MEDULAR COMPLETA

VERÓNICA MORENO ESCRIBANO

ANA MARÍA REOLID EGIDO

GEMA BOTELLA ANDÚJAR

1 Introducción

La lesión medular completa es una condición médica devastadora que afecta la función normal de la médula espinal, resultando en la pérdida de sensibilidad y movilidad por debajo del nivel de la lesión. Los pacientes con lesiones medulares completas requieren una atención especializada y continuada para abordar sus necesidades físicas, emocionales y sociales.

En este contexto, el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es fundamental en el cuidado y atención de los pacientes con lesiones medulares completas. El TCAE trabaja en estrecha colaboración con el equipo médico y de enfermería para brindar cuidados individualizados y personalizados que promuevan la salud y el bienestar de estos pacientes.

En esta investigación, exploraremos en detalle los cuidados que el TCAE proporciona a los pacientes que sufren de una lesión medular completa. Analizaremos aspectos como la movilización y posicionamiento del paciente, el cuidado de la

piel para prevenir úlceras por presión, el manejo de la vejiga e intestinos, la asistencia en la higiene personal, la ayuda en la movilidad y rehabilitación, así como el apoyo emocional y social.

Además, destacaremos la importancia de la formación y capacitación del TCAE en el manejo de pacientes con lesiones medulares completas. El conocimiento de técnicas de movilización seguras, cuidado de la piel, uso de dispositivos de asistencia y comprensión de las necesidades específicas de estos pacientes son aspectos cruciales para brindar una atención de calidad.

2 Objetivos

El principal objetivo de este estudio es el de conocer y evaluar los cuidados y funciones que realizan los TCAE con respecto a los pacientes que sufren daños medulares completos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 que realiza un TCAE son de vital importancia en el tratamiento de pacientes con lesiones de la médula espinal completa.

Estos pacientes enfrentan serios problemas de urgencia, independencia y autocuidado y requieren atención especializada y calidad de vida.

Los siguientes son algunas de las funciones importantes que el TCAE brinda a los pacientes con SCI:

- Estimulación y posicionamiento: el TCAE juega un papel importante en la estimulación y el posicionamiento de los pacientes con lesión medular espinal (SCI). Esto incluye ayudar a los pacientes a cambiar de posición con regularidad para prevenir las úlceras por presión y pasar de la cama a la silla de ruedas u otros dispositivos de asistencia.

- Cuidado de la piel: El TCAE se encarga de su prevención y mantenimiento en pacientes con una lesión medular completa que tienen úlceras por presión. Deberán examinar la piel en cualquier punto de presión, mantenerla seca y limpia, tomar precauciones como usar almohadillas o colchones especiales y hacer los ajustes necesarios para los cambios a posturas adecuadas.
- Cuidado de los intestinos y la vejiga: el TCAE puede ayudar con el control de la vejiga así como los intestinos del paciente. El uso de métodos de cateterismo puede ser parte de este proceso de cuidado intermitente para el control intestinal, el uso de enemas o supositorios para controlar los intestinos, y seguimiento de la ingesta y excreción de líquidos, controlando el balance hídrico.
- Higiene personal completa, que incluye ducharse, bañarse y lavarse, cepillarse los dientes y lavarse las manos. Esto implica brindar apoyo tanto mental como emocional al paciente mientras el TCAE realiza estas funciones básicas que no las pueden realizar los pacientes por sí mismos.

Los profesionales de la terapia y el TCAE trabajan juntos para ayudar en la movilidad y la rehabilitación.

Los terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas ayudan a los pacientes con la movilidad y la rehabilitación. Esto incluye ayudar con el uso y participar en ejercicios de rehabilitación, usando sillas de ruedas y grúas para ayudar a los cambios posturales y ejercicios a realizar.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el TCAE juega un papel importante en el manejo de pacientes con lesiones medulares. Su función principal a destacar es la del cuidado de la piel intensivamente y enfocado a evitar la aparición de úlceras por presión, y los cuidados en higiene, en movilidad y recuperación, y el apoyo psicológico y social. Su contribución al equipo de atención es fundamental para la calidad de vida de estos pacientes.

Entre sus actividades se encuentran los cuidados de enfermería y diversos servicios destinados a mejorar la salud de estos pacientes y ayudar a su recuperación. Y en la importancia de la coordinación con todo el equipo de enfermería y de medicina.

6 Bibliografía

1. "https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28472529/"

- Latham-Mintus K, J. Clarke P. Linking Mastery Across the Life Course to Mobility Device Use in Later Life. *J Gerontol B Psychol Sci.* 2019;74(7):1222-1232.
- 2. Burns D. "Fundamentos de Enfermería de Adultos" . 1a ed. Londres: SAGE; 2015.
- 3. Casanova GG, Leyva MJM, Moreno PAR, Delgado HP, Montesó CP. Implementing evidence-based practices on the therapeutic relationship in inpatient psychiatric care: A participatory action research. *Journal of Clinical Nursing*.

Capítulo 132

EL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SUS FUNCIONES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

ANA MARÍA ÁLVAREZ ALARCÓN

MARTA GARCÍA SÁNCHEZ

LINA MARIET PATIÑO GONZALEZ

MARIA JOSE GONZALEZ CAMACHO

MARIA ANGELES GARCIA DE MARINA FERNANDEZ

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es el área del centro hospitalario que por norma general se encuentra situada de manera estratégica, ya que está ubicada en una zona independiente y a su vez está comunicada con accesos directos a la zona de urgencias y al área quirúrgica.

La principal función de esta unidad especializada es la vigilancia y control constante del paciente durante las 24 horas del día, proporcionando los cuidados de calidad sanitarios e integrales según sean las necesidades que requiera el mismo. Estos objetivos se consiguen con el trabajo de todo el equipo multidisciplinar que presta sus servicios en la UCI. Dicho equipo ha de trabajar de manera coordinada y con comunicación, además de estar específicamente formado.

En la recepción de un paciente se ha de seguir un protocolo que previamente habrá establecido el hospital, para un ingreso sin riesgos para los pacientes, ya que, por lo general, estos pacientes están en estado crítico y portan varios aparatos y dispositivos debido a su inestabilidad.

Las funciones del técnico auxiliar en cuidados de enfermería (TCAE) a la hora de la llegada del paciente a la unidad de UCI son muy variadas e importantes, ya que se encargarán de realizar diversas actividades.

2 Objetivos

Explicar las funciones del técnico auxiliar en cuidados de enfermería durante la recepción de un paciente en la UCI.

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

Cuando el paciente ingresa en la UCI, el técnico auxiliar en cuidados de enfermería ha de comprobar que porte el orden de ingreso del paciente, la historia clínica y los resultados de las pruebas médicas complementarias que se le hayan realizado previamente, una vez comprobadas se asegurará que todo esté correcto y procederá junto al personal de enfermería y el celador a instalar al paciente en la cama que se hay habilitado para su ingreso según las indicaciones del médico intensivista.

Las funciones del técnico auxiliar de enfermería en la UCI son entre otras:

- Si el paciente está consciente se le informará de los movimientos y actuaciones que se van a realizar.
- Se le desvestirá, guardando su ropa en una bolsa debidamente identificada con el nombre del paciente, también se le retirarán las prótesis dentales, relojes y joyas que el paciente pueda portar, guardándolas con el resto de pertenencias (si

es posible se le entregará la bolsa con las pertenencias al familiar pidiéndoles que firmen la hoja de entrega de las mismas).

- Si el paciente lleva insertada una sonda vesical, se conectará dicha sonda al colector.
- En el caso de que el paciente porte una sonda nasogástrica, se consultará al facultativo y si lo considera necesario, se conectará la sonda a una bolsa con equipo de aspiración.
- Se le pondrá el monitor de constantes, el pulsioxímetro, la toma de tensiones y de temperatura.
- Si el paciente tuviera esmalte en las uñas, deberá proceder a quitárselo.
- Informará a la familia y acompañantes del protocolo y normas de la unidad en cuanto a el horario de visitas, indicando que durante las mismas es obligatorio el uso de bata y mascarilla y lavado de manos.

5 Discusión-Conclusión

El técnico auxiliar en cuidados de enfermería es la persona que recepciona al paciente en la unidad de cuidados intensivos, debe comprobar que el paciente lleve la pulsera identificativa, su historia clínica y la orden de ingreso, con ayuda del resto del equipo de la UCI, transferirá al paciente a una cama adecuada, vigilando y controlando que se haga de forma segura siguiendo las indicaciones del facultativo. Además se encargará de los cuidados básicos del paciente como son la higiene y el aseo, colaborando y asistiendo al personal de enfermería en lo que se le solicite, siempre que esté dentro de sus funciones.

6 Bibliografía

1. Ocronos R. El papel que desempeña el TCAE en la UCI y la importancia de su trabajo para el buen funcionamiento de ésta [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2022 [citado el 4 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/importancia-tcae-uci/>.
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 4 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.salusplay.com/blog/funciones-tecnico-auxiliar-cuidados-enfermeria/>.
3. Investigación RS. El TCAE en uci (unidad de cuidados intensivos) [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [citado el 4 de agosto de 2023].

2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-tcae-en-uci-unidad-de-cuidados-intensivos/>.

Capítulo 133

INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

RAQUEL PORTAS RIOS

1 Introducción

La unidad de cuidados intensivos (UCI) es un área del hospital destinada a llevar una vigilancia y ayuda continuada de aquellos pacientes que se encuentran en un riesgo vital crítico. Dichas personas, debido a su delicado estado de salud, necesitan ser monitorizados de forma continua por complejos aparatos de gran precisión, así como la necesidad de administración de gran cantidad de fármacos de una forma constante¹.

La UCI es un servicio muy especializado dentro de las labores que se llevan a cabo en el día a día dentro de un hospital. Es un área en la que cada mínima acción puede suponer un costo relevante dentro de la salud del paciente, por lo que es esencial un perfecto funcionamiento tanto de la maquinaria empleada como del equipo humano que se encarga de ejecutar los planes de cuidados y la administración de la medicación necesaria.

Debido a la inestabilidad del sistema inmune de los usuarios de la unidad de cuidados intensivos, es imprescindible subrayar la importancia de la esterilidad en el material a emplear, así como la buena práctica de todos los profesionales que allí trabajan para garantizar que los pacientes no puedan llegar a estar en contacto con ningún tipo de patógeno que provenga del exterior.

2 Objetivos

El objetivo se basa en identificar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) dentro de la UCI.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo que he realizado he tenido que llevar 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

Se trata de una unidad multidisciplinar en la que los diferentes profesionales de la salud (médicos, enfermeros, TCAE, celadores, etc.) trabajan de forma conjunta y coordinada para alcanzar el mejor manejo del paciente.

Debido al complejo estado de salud de los pacientes, todos los trabajadores deben conocer bien sus funciones, así como el protocolo de manejo de las diferentes máquinas y parámetros^{1,2,3}.

Funciones de TCAE en UCI:

- Revisión y reposición del material sanitario necesario para un correcto funcionamiento del servicio.
- Monitorización del paciente: en coordinación con las enfermeras.
- Asistencia en las intervenciones invasivas: preparación de material y soporte. Algunos de ellos pueden ser: cura de heridas, colocación, revisión y extracción de drenajes, secreción de secreciones, etc.
- Higiene del paciente: con una temperatura de agua alrededor de los 37 grados, secando la piel a toques y con una hidratación de piel adecuada. Es de vital importancia valorar en este momento las zonas de mayor frecuencia de úlceras. El lavado de la boca se realizará con un cepillo de dientes y enjuague bucal si está consciente, si no con clorhexidina al 0,12%. Si el paciente está intubado se deberán aspirar las secreciones de manera estéril.
- Higiene postural: los pacientes que se encuentran en la UCI son más propensos que el resto de los pacientes del hospital a la hora de poder desarrollar UPP. Se realizarán cambios posturales al menos una vez por turno en colaboración con enfermero, TCAE y celador.
- Revisión de las barreras y protecciones de la cama.

- Alimentación: los técnicos de enfermería son los encargados de llevar a cabo la tarea de alimentar al paciente. En caso de mala deglución, deben avisar al personal de enfermería. En caso de sonda nasogástrica, hay que prestar especial atención al correcto funcionamiento del sistema y los parámetros correctos para cada paciente.
- Refuerzo psicológico: apoyar al paciente y a su familia a resolver cualquier duda.
- Recogida de muestras: colaboración con el enfermero en la recogida de muestras preparando la mesa auxiliar con todo lo necesario, así como el mantenimiento de la esterilidad del material. En ocasiones será el TCAE el encargado de recoger las muestras (urocultivo y coprocultivos).

Mantenimiento del orden y la limpieza: La UCI es un entorno crítico que requiere condiciones de limpieza y desinfección rigurosas. Los auxiliares de enfermería juegan un papel crucial en el mantenimiento de la limpieza y el orden en las áreas de la UCI, lo que ayuda a prevenir la propagación de infecciones y proporciona un entorno más seguro para los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAE son esenciales en la UCI debido a su capacidad para proporcionar atención básica, asistencia directa, monitoreo de signos vitales como tensión arterial (TA), temperatura, etc., realización de procedimientos (cambio de pañal, control de diuresis y heces, control de ingestas) y cuidados básicos (aseo, cambios posturales, hidratación de la piel para su cuidado y no desintegración), brindando apoyo emocional, así como el mantenimiento de la limpieza y el orden. Su trabajo en equipo con el personal de enfermería y otros profesionales de la salud es fundamental para proporcionar una atención integral y de calidad a los pacientes críticamente enfermos en la UCI.

6 Bibliografía

1. Ibáñez Tejedor, R. M, Ortega Altamirano, A. M, Domingo Remón, A., García Asendio, E., Alcázar Martínez, D., Márquez Ocaña, C. TCAE en cuidados intensivos (UCI) [internet]. Revista Sanitaria de Investigación. 2023. Vol. 4, nº5, p.78. Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8965639>.
2. López Allué, G. M., Martínez Modrego, B., Cea Berne, A., Pulido Cárdenas, A., Hernández Pulido, C., Frej Navarro, S. Funciones del TCAE en la unidad de cuidados intensivos [internet]. Revista Sanitaria de Investigación. 2023. Vol.4, nº5,

p.198. Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8965501>.

3. González Martínez S.M., Casal García C., Álvarez Álvarez M., Pérez Barrios M. El papel que desempeña el TCAE en la UCI y la importancia de su trabajo para el buen funcionamiento de ésta [revista]. Revista Ocronos. 2021. Vol.6, nº 2.

p17. Recuperado a partir de: <https://revistamedica.com/importancia-tcae-uci/>.

Capítulo 134

INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA ADMISIÓN DE PACIENTES

ANA MARIA RUIZ BALLESTEROS

LOURDES MARÍA GARCÍA CECA

VANESSA LÓPEZ AGUILAR

MARÍA DEL PILAR GARCÍA CONSUEGRA FERNÁNDEZ
DE MARCOS

NOELIA VILLACRECES MUÑOZ

1 Introducción

Una de las áreas más importantes en la organización del hospital es el área de admisión de pacientes. Es el primer punto de contacto del paciente con el hospital, donde se realiza el registro de ingreso y se asigna la habitación correspondiente. Es un lugar importante donde se lleva a cabo el procedimiento de recibir a los pacientes, confirmar sus identidades y recopilar datos fundamentales sobre sus antecedentes médicos, alergias y medicamentos que toman. Además, aquí se realiza una evaluación preliminar del estado de salud del paciente y se establece el régimen de cuidados a seguir.

El personal que trabaja en el área de admisión de pacientes hospitalario está compuesto por administrativos, enfermeras y médicos. Su función principal es garantizar que el proceso de admisión de pacientes sea seguro, eficiente y efectivo.

También se encargan de proporcionar información clara y concisa al paciente y a sus familiares sobre el proceso de ingreso y las normas del hospital.

El área de admisión de pacientes del hospital es donde se llevan a cabo diversas tareas, incluido el registro de admisión, la asignación de habitaciones, la verificación de la identidad del paciente y la recopilación de información básica.

Además, se llevan a cabo procedimientos de diagnóstico fundamentales, incluida la evaluación de la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca y la presión arterial. Todo esto se hace con la intención de recopilar datos pertinentes que faciliten el diagnóstico y tratamiento del paciente.

En resumen, el área de admisión de pacientes hospitalario es un espacio fundamental en el funcionamiento de cualquier hospital. Su función principal es garantizar que el proceso de ingreso del paciente sea seguro y eficiente. El personal que trabaja en esta área debe ser capaz de proporcionar información clara y concisa al paciente y a sus familiares, y realizar todas las tareas necesarias para recopilar la información básica del paciente.

2 Objetivos

Exponer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en relación con la admisión de pacientes.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos como Dialnet y Pubmed desde el año 2018 hasta hoy.

De los artículos que se han seleccionado los más interesantes por un equipo de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería que trabajan en distintas áreas.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es un profesional de la salud que tiene una importante labor en la admisión de pacientes en un hospital. Dentro de sus funciones se encuentran:

Recepción del paciente: El técnico en cuidados auxiliares de enfermería recibe al paciente en la zona de admisión del hospital y realiza el registro de los datos personales y médicos del paciente en el sistema informático.

También puede realizar la medición de signos vitales y peso del paciente.

Orientación al paciente y familiares: El técnico en cuidados auxiliares de enfermería brinda información a los pacientes y sus familiares sobre el proceso de admisión, el procedimiento que se va a realizar y los cuidados que deben tener en cuenta durante su estancia en el hospital.

Acompañamiento al paciente: El técnico en cuidados auxiliares de enfermería acompaña al paciente hasta la habitación asignada, asegurándose de que se encuentre en óptimas condiciones y que se sienta cómodo.

Limpieza y mantenimiento de la habitación: El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es responsable de mantener la habitación del paciente limpia y ordenada durante su estancia en el hospital. También realiza el cambio de la ropa de cama y mantiene el stock de los insumos necesarios.

Asistencia al personal médico: El técnico en cuidados auxiliares de enfermería colabora con el personal médico en la realización de procedimientos sencillos como la toma de muestras, administración de medicamentos y la preparación del material necesario.

En general, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la admisión de pacientes tiene un papel importante en la atención al paciente, brindándoles confort y seguridad durante su estancia en el hospital y este profesional se considera esencial en este proceso.

5 Discusión-Conclusión

La principal sugerencia del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería a la hora de admitir pacientes es mantener una comunicación efectiva y clara con los pacientes y sus familiares, brindándoles información completa sobre el proceso de ingreso y atendiendo cualquier inconveniente que puedan tener.

Además, es fundamental garantizar la privacidad y la comodidad de los pacientes durante el proceso de admisión asegurándose de que las habitaciones estén impecables y equipadas con todo lo necesario para una buena salud.

Además, el técnico debe asegurarse de que se hayan registrado todos los datos y antecedentes médicos relevantes del paciente para una atención adecuada y segura en el hospital.

Se recomienda que el técnico posea fuertes habilidades interpersonales para interactuar con los pacientes y sus familias de una manera amable y compasiva,

brindando siempre apoyo emocional. Para garantizar que el paciente reciba una atención completa y bien coordinada mientras es tratado en el hospital, también es crucial adoptar una actitud proactiva y de colaboración con el equipo de atención médica.

6 Bibliografía

1. Mayorga Cercado, V. J. (2021). Análisis del procedimiento de identificación en el área de admisión y registro de pacientes del Centro Médico Santa Rosa (Bachelor's thesis, BABAHOYO: UTB, 2021).

Capítulo 135

LOS USOS DE LAS MASCARILLAS PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ANA MARIA RUIZ BALLESTEROS

LOURDES MARÍA GARCÍA CECA

VANESSA LÓPEZ AGUILAR

MARÍA DEL PILAR GARCÍA CONSUEGRA FERNÁNDEZ
DE MARCOS

NOELIA VILLACRECES MUÑOZ

1 Introducción

El pasado 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS), calificó como pandemia la enfermedad provocada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2. Desde el 14 de marzo y hasta nuestros días vivimos en estado de alarma y con ello, se tomaron medidas para hacer frente a esta situación excepcional. Entre ellas, y durante los primeros días de la pandemia, se recomendó el uso de la mascarilla solo a personas con síntomas, tos, fiebre o disnea. Pero desde el día 29 de marzo de 2020, el uso de la mascarilla se hizo obligatorio para toda la población mayor de seis años y recomendable en población infantil de entre tres y cinco años en espacios al aire libre y en cualquier espacio cerrado de uso público o que se encuentre abierto al público.

La mascarilla es un dispositivo colocado en la cara para cubrir boca y nariz (vías respiratorias) utilizado para proteger a su portador de la inhalación y evitar la exhalación de fluidos de agentes patógenos, tóxicos o nocivos. Deben de garantizar un ajuste hermético independientemente de los movimientos de la cabeza. Suelen estar compuestas de una o varias capas de material textil y pueden ser reutilizables o de un solo uso.

2 Objetivos

Dar a conocer los distintos tipos de mascarillas y el correcto uso en las diferentes funciones realizadas por los sanitarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

Conviene recordar que para que una mascarilla sea eficaz, debe usarse siguiendo las pautas establecidas por los fabricantes.

Hay distintos tipos de mascarillas según su utilidad, dependiendo de la capacidad que tengan para filtrar el aire inspirado o espirado y por lo tanto, en base a la capacidad para proteger al usuario y/o al resto de la población del contagio en caso de una infección de transmisión aérea:

- Higiénicas, no son un producto sanitario y no protegen.
- Frente a agentes infecciosos. No están homologadas.
- Quirúrgicas, pueden servir para no contagiar. No protegen del contagio a quien las lleva. Son desechables. Diseñadas para evitar la transmisión de agentes infecciosos por parte de la persona que la lleva puesta principalmente. Deben ser desechadas después de su uso.
- FFP1, no protege a quien las lleva por filtración mínima; no garantiza suficiente protección frente a agentes infecciosos.

- FFP2, protege a quien la lleva puesta de las inhalaciones y partículas infecciosas y limita la propagación del virus y los posibles contagios: por lo que es recomendada para la protección ante el Covid-19.

- FFP2/FFP3, protege a quien la lleva puesta pero no limita la protección del contagio. La eficacia de filtración es de un 98% sobre agentes infecciosos. Reservadas para personal sanitario donde se generan aerosoles.

La eficacia de las mascarillas depende del uso adecuado para que tenga una buena efectividad. Los pasos a seguir para su buen uso y colocación son los siguientes:

- Lavarse las manos correctamente antes de tocar la mascarilla.
- Sujetar las mascarillas por las gomas, evitando tocar la tela y colocar la goma tras las orejas.
- Presionar la barra flexible del interior de la mascarilla y así ajustar a la nariz. Asegurarse de que el aire espirado no sale por la parte superior de la mascarilla.
- Cambiar en el momento que se humedezca. Hay que tirarla a la basura dentro de una bolsa cerrada.

Hay que subrayar que el uso de cualquier mascarilla con independencia del tipo que sea, no supone en ningún caso una protección total frente al contagio por sí misma.

Es por ello muy importante recalcar y concienciar a la población de la importancia de complementar el uso de las mascarillas con el resto de medidas preventivas, tanto higiénicas como de distanciamiento social, las cuales no pueden ser sustituidas por el mero uso de la mascarilla

5 Discusión-Conclusión

Con los datos obtenidos para la realización del presente trabajo científico podemos concluir que para realizar un correcto uso de las mascarillas, debemos en primer lugar, conocer los diferentes tipos de mascarillas y cuál es la más adecuada para protegernos frente al Covid-19.

También es fundamental, respetar las normas de uso, para conseguir que sea lo más efectiva posible. Una mascarilla por sí sola, no protege frente al virus, por lo que es muy importante concienciar a la población de la necesidad de complementar el uso de la mascarilla con las medidas higiénicas y de distancia social impuestas como normativa.

6 Bibliografía

1. <https://www.newtral.es>.

2. <https://www.urgenciasyemergen.com>.
3. <https://www.deia.eus>.

Capítulo 136

EL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

YOLANDA SANTAELLA DIAZ

M^a NIEVES CUTANDA GARCIA

NOHELIA ESTHER FERRUFINO ARRIAGA

FRANCISCA GOMEZ MARTINEZ

MERCY DEL ROCIO CHAVEZ ROMERO

1 Introducción

“Se puede vivir sin tratamientos, pero no se puede vivir sin cuidados”.

Marie Françoise Collière

Los pacientes hospitalizados con trastornos de la conducta alimentaria son atendidos por un equipo multidisciplinar en los que se encuentran diferentes profesionales de la salud, como médicos, psicólogos, psiquiatras, dietistas, trabajadores sociales y por supuesto, los técnicos auxiliares en cuidados de enfermería.

Los trastornos alimenticios, como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y la alimentación compulsiva, son enfermedades mentales que cambian significativamente la relación de una persona con la comida y su propio cuerpo, además,

afectan a personas cada vez más jóvenes, en etapas de adolescencia y preadolescencia.

Hay que tener en cuenta que además del bajo peso, presentan otros signos característicos: amenorrea, estreñimiento, intolerancia al frío, hipotensión, hipotermia, bradicardia, sequedad de la piel y cubierta con un fino vello, anemia y leucopenia.

Los factores predisponentes que provocan este trastorno psicológico se desconocen, pero se sabe que puede deberse a la influencia social, cultural, económica y estado psicológico del paciente.

Otros factores que influyen están asociados a la personalidad como son la baja autoestima, el pensamiento rígido e inflexible, la baja tolerancia a los cambios, el prestar excesiva atención a los detalles y los problemas para reconocer e identificar las propias emociones. No se sabe a ciencia cierta si estos factores son pre-existentes a la enfermedad o aparecen por ella.

Este tipo de personas tienen una percepción distorsionada de su cuerpo, lo que provoca que intenten bajar de peso y tengan una mala relación con la comida hasta extremos muy perjudiciales para su salud, los estados graves de la enfermedad pueden ocasionar la muerte.

Las unidades de hospitalización de estos pacientes suelen estar aisladas o con acceso muy restringido a las personas fuera del entorno médico. Al igual que las unidades de psiquiatría en general.

Las funciones del técnico auxiliar en cuidados de enfermería en la unidad de trastorno en conducta alimentaria son fundamentales, ya que asiste en las actividades de la vida diaria y será el apoyo diario en las nuevas rutinas establecidas para la recuperación de los pacientes.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es exponer los cuidados hospitalarios que reciben los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria desde la perspectiva de los técnicos auxiliares en cuidados 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

El TCAE es el encargado de ayudar a los pacientes con trastornos de conducta alimentaria a ubicarse en su habitación. Cuando se realiza el ingreso en la unidad el TCAE identificará al paciente y revisará los objetos personales que porta, resguardando los mismos según el protocolo.

Una vez que el paciente está instalado, el TCAE explicará al paciente la planificación de los horarios en comidas, usos de baño y visitas, manteniendo siempre una actitud empática y amable con el paciente.

El TCAE debe seguir el plan de cuidados establecido por el médico encargado y las indicaciones del equipo de enfermería:

- Asegurar que el paciente descanse por la noche.
- Tomar el peso por las mañanas, siempre a la misma hora.
- Tomar la tensión tres veces al día, siempre a la misma hora.
- Ayudará al paciente en la higiene diaria y el cuidado de su piel.
- El TCAE debe asegurarse de que el paciente cumple las pautas de alimentación establecidas por el médico encargado, controlando la ingesta de alimentos y líquidos, que dejará reflejada en la hoja del paciente o en la gráfica de enfermería según el protocolo del centro hospitalario.
- El TCAE debe ir dejando elegir la alimentación al paciente según vaya ganando peso y siempre con la autorización del médico encargado.
- A medida que el paciente va recuperándose se le permitirá practicar ejercicio de forma moderada, algo que también debe controlar el técnico en cuidados auxiliares en enfermería.
- El TCAE juega un papel muy importante a la hora de ayudar al paciente a desarrollar su autoestima, ya que es el profesional que le ayudará en sus rutinas diarias, como la higiene, el baño, la alimentación y en definitiva a ir recuperando la normalidad.

El principal objetivo de la hospitalización de los pacientes con trastornos de conducta alimentaria es ayudarles a tener una relación sana con la comida, recuperando su imagen corporal. Los objetivos de subida de peso deben establecerse entre el equipo médico y el paciente.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que el TCAE juega un papel fundamental en la recuperación de los pacientes con trastornos de conducta alimentaria, pues es el profesional que ayudará a reestablecer las rutinas básicas de alimentación e higiene, proceso imprescindible para que el paciente recupere y acepte su imagen corporal.

En los casos más graves, los pacientes no tienen acceso al baño de forma individual, sino que deben ser acompañados por el TCAE, para evitar que se provoquen el vómito o se autolesionen.

El TCAE será la persona que le tome el peso todas las mañanas a estos pacientes, acostumbrados a ver como buena señal la bajada de peso, ahora deben aceptar que ganan peso. En ocasiones este paso es muy traumático para los pacientes, que necesitan mucho apoyo emocional para superar la enfermedad.

6 Bibliografía

1. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-intrahospitalario-tcae-paciente-con-anorexia/>.
2. <https://revistamedica.com/funciones-tcae-cuidado-enfermo-planta/>.

Capítulo 137

EL CUIDADO A UN PACIENTE OSTOMIZADO POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

AZUCENA GOMEZ MIGUEL

1 Introducción

Una ostomía es una salida artificial creada con una cirugía para la salida de las heces, la más común es conectar el intestino delgado, intestino grueso con la pared abdominal.

Existen ostomías temporales o permanentes, las temporales se suelen quitar con otra cirugía a los dos o tres meses de la cirugía.

La función de la TCAE con un paciente con colostomía es ayudar en los cuidados del estoma y en la higiene personal.

Se debe mantener la piel limpia y seca para poder hacer una buena cura del estoma con jabón neutro y una esponja suave, no se debe brotar el estoma con una toalla seca, esta debe de ser muy suave. También es importante la ayuda para intentar que el paciente una vida normal después de una intervención quirúrgica. Existe más de un tipo de ostomías; el aseo y el cambio de bolsa es el mismo proceso para todas. Las causas por las que se realiza estas cirugías son las siguientes:

- Padecer cáncer
- Enfermedad de Chron
- Incontinencia fecal
- Obstrucción intestinal

-Diverticulitis

Existen varios tipos de dispositivos (bolsas) ,las cuales hoy en día son muy modernas,otras ventajas que tienen son de ser cómodas y seguras,no dejan pasar los olores y tienen un color opaco.El paciente puede llevar una vida normal,hacer deporte como el esquí,nadar ,correr,lo que no se aconseja es fútbol y el boxeo por el peligro de dar un golpe en la colostomía.

2 Objetivos

El principal objetivo es detallar la importancia de los cuidados al paciente con colostomía, o lo mismo decir, al paciente ostomizado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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 artículos científicos con contenidos relacionados con el tema a estudiar.

4 Resultados

Una colostomía es una cirugía de una víscera que puede ser del intestino o vías urinarias,pero en este estudio nos centraremos en la del intestino.El estoma quiere decir boca o abertura,esta va derivada a una bolsa.Existen varios tipos de bolsas:

-Cerradas:se utiliza una nueva bolsa para cada uso

-Abiertas:estas bolsas se pueden vaciar y se cierran con una pinza,son de varios usos

En función del sistema de sujeción:

-Único,bolsa y adhesivo va directamente sobre a la piel

-Múltiple,aquí se presenta por separado el disco y la bolsa

Dependiendo del color de la bolsa pueden ser transparentes u opacas.

El aseo es imprescindible en una colostomía,para realizar un aseo al paciente se coloca en posición Semi-fowler,lavar manos y colocarse unos guantes.A continuación;retiramos la bolsa limpiamos alrededores con gasas y suero y secamos

con cuidado con una toalla suave evitando frotamiento. En último lugar, se coloca una bolsa limpia, fijándose que el adhesivo esté bien colocado para no tener fugas y malos olores.

Tras una cirugía, es imprescindible una dieta sana y equilibrada, para evitar diarreas y estreñimientos.

Se deben hacer comidas de poca cantidad y con frecuencia, comer lentamente y masticar bien. Se deben ingerir alimentos blandos y con contenido bajo en fibra, suprimir las frituras, picantes y bebidas con gas.

Es imprescindible animar al paciente con colostomía a realizar una vida normal y acostumbrarse a vivir con este problema y hacer vida social, por lo que requiere un tiempo dado que es un cambio importante en la vida.

Una colostomía no impide viajar y usar ropa normal, hacer ejercicio físico, dado que el adhesivo resiste bien el sudor.

La actividad sexual tampoco debe preocupar en la vida diaria de la pareja, aceptar los cambios ayudará a llevarlo mejor.

Se debe vigilar el volumen de la bolsa y cuando esté llena cambiarla.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, un paciente operado de colon con colostomía debe tener mucha paciencia dado que va a sufrir un gran impacto físico y psicológico, es imprescindible la educación por parte del personal sanitario dado que serán un gran apoyo emocional junto a la familia, los cuales transmitirán confianza al paciente. Por lo que pueda llegar a hacer una vida completamente normal dado que debe seguir unas pautas imprescindibles de higiene, alimentación, vida social, ejercicio físico y revisiones médicas. Estas bolsas de hoy en día dan muchas ventajas y no impiden realizar una vida como la anterior a la de la cirugía. Es imprescindible cambiar la bolsa de colostomía cuando se llene.

6 Bibliografía

de Enfermería Ocronos, R. M. y. (2019, November 19). TCAE: aseo y cuidados en el paciente ostomizado. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. <https://revistamedica.com/tcae-aseo-cuidados-ostomizados/>

Intervención del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería ante el paciente oncológico ostomizado. (2021, June 17). III Congreso Virtual SICEPA - USIPA "2023: Sanidad, un trabajo en equipo." <https://congresosicepa.com/intervencion-paciente-ostomizado/>

Ocronos, R. (2022, September 7). Paciente ostomizado, causas, cuidados, dieta y funciones del TCAE. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. <https://revistamedica.com/paciente-ostomizado-cuidados-dieta/>

Capítulo 138

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO

ANA MARIA RUIZ BALLESTEROS

LOURDES MARÍA GARCÍA CECA

VANESSA LÓPEZ AGUILAR

MARÍA DEL PILAR GARCÍA CONSUEGRA FERNÁNDEZ
DE MARCOS

NOELIA VILLACRECES MUÑOZ

1 Introducción

La Real Academia Española define al neonato como el recién nacido.

Hoy en día, los avances científicos y tecnológicos han ido de la mano y, respecto a la gestación, el parto y los primeros días de vida del recién nacido, no ha sido para menos.

De hecho, con la finalidad de reducir las complicaciones, se han dispuesto numerosos avances en el marco de una atención integral a la mujer gestante y al recién nacido.

Además a ello se ha de añadir la importancia de la educación para la salud y la estrecha vigilancia que llevan a cabo las matronas, los ginecólogos, etc.

Acontecido el parto, la atención a la madre y al recién nacido es fundamental, prestando atención a los planos físico, mental y social, para un óptimo desarrollo de ambos. Se puede decir entonces que de esta atención integral se encarga, entre otros profesionales, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) quien dispone de las habilidades y conocimientos necesarios.

Además, por su mayor contacto con la madre y el neonato, deberá prestar especial atención a las posibles necesidades o eventualidades, con la finalidad de transmitirlo a la mayor brevedad, en el marco del equipo multidisciplinar del que forma parte.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es:

- Identificar cuáles son las necesidades básicas del recién nacido y además, describir las principales funciones del TCAE ante el recién nacido.

3 Metodología

Para la elaboración de esta publicación se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Desde la conocida como Unidad de Neonatología se presta atención al momento antes del parto, al parto propiamente dicho y al posterior cuidado de la madre y del recién nacido, tratando de actuar con profesionalidad, desde el principio de la atención integral y de calidad.

El TCAE mantiene una estrecha relación con el paciente, respecto al resto de profesionales, por lo que juega un papel primordial.

Por un lado, ha de prestar los cuidados básicos que tanto la madre como el recién nacido precisen, hasta el momento del alta hospitalaria.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece una serie de recomendaciones, entre las que destacan, entre otras:

- Manteniendo la temperatura corporal, aconsejando el piel con piel.

- Asesorando y apoyando a la madre en lo relativo a la lactancia (enganche, postura adecuada, control de ingesta...)
- Enseñando o realizando el aseo, transcurridas al menos 24 horas (como aconseja la Organización Mundial de la Salud), incidiendo en la importancia de vigilar la piel y fomentando el vínculo materno-filial.
- Controlando la primera deposición y las micciones.
- Controlando y registrando la talla y el peso del recién nacido.
- Cuidando el cordón umbilical y evitando que proliferen posibles bacterias.
- Prestando atención a las posibles necesidades que puedan surgir.
- Brindando apoyo emocional a la madre.
- Ayudando en la administración, por vía oral, rectal o tópica, de medicamentos.
- Y, comunicando cualquier anomalía que se pueda presentar.

Además, el TCAE deberá tener limpio, desinfectado, preparado o a punto, según proceda, para un nuevo ingreso o parto:

- La incubadora.
 - El material e instrumental.
 - La ropa para la madre y el recién nacido, así como la lencería para la cama.
- Y menos relacionado con la asistencia sanitaria pero con la finalidad de facilitar el proceso a quienes acaban de ser padres:
- Se puede informar sobre los trámites a seguir (registro del recién nacido, solicitud de la prestación por maternidad/paternidad, etc.).
 - Se puede brindar nociones sobre educación para la salud en lo relacionado con el calendario vacunal, con sintomatología que pueda indicar un problema de salud, con cómo asear, alimentar o acostar al recién nacido.

5 Discusión-Conclusión

Una vez ha tenido lugar el parto, la atención a la madre y al recién nacido tienen gran importancia para el buen desarrollo de ambos.

En este campo, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe contar con los conocimientos y habilidades necesarios para actuar ante posibles complicaciones, percibiendo las necesidades y cambios que puedan surgir.

Cabe señalar que la Unidad de Neonatología está compuesta por distintos perfiles profesionales, dando lugar a un equipo multidisciplinar en el que trabaja tanto personal sanitario como personal no sanitario.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería cumple una serie de funciones, especialmente en lo que se refiere a necesidades básicas (alimentación, higiene)

pero, por su estrecha relación con la madre, también juega un importante papel en relación con la prestación de apoyo emocional.

Por otro lado, como profesional de la salud, debe fomentar la educación para la salud entre la madre y el resto de familiares que acompañen a esta y al recién nacido (consejos sobre el aseo, sobre cómo acostar al recién nacido, etc.).

6 Bibliografía

- La OMS insta a ofrecer atención de calidad a las mujeres y los recién nacidos en las primeras semanas cruciales después del parto. Disponible en <https://www.who.int/es/news/item/30-03-2022-who-urgesquality-care-for-women-and-newborns-in-critical-first-weeks-after-childbirth>.
- TCAE en la unidad de neonatología. Portales médicos. Disponible en <https://www.revista-portalesmedicos.com/revistamedica/el-tcae-en-la-unidad-de-neonatalogia/>.
- El TCAE y el aseo del recién nacido: higiene y vestimenta. Disponible en <https://revistamedica.com/aseo-vestido-recien-nacido/>.

Capítulo 139

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN SALA DE PARTOS

JAIME PONCE ALFARO

JOSÉ FRANCISCO REQUENA CANO

RAQUEL SÁNCHEZ GARCIA

FRANCISCO JOSÉ RUIZ-CORNEJO MORENO

MARIA CORTES MOLINA TORRALBA

1 Introducción

Una sala de partos, también conocida como sala de maternidad, es un entorno médico especialmente diseñado y equipado para atender el proceso del parto y el nacimiento de un bebé. Es el lugar donde una mujer embarazada da a luz con la asistencia de profesionales de la salud, como médicos, matronas y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) .

Las salas de partos están diseñadas para proporcionar un entorno seguro y cómodo tanto para la madre como para el bebé. Suelen estar equipadas con tecnología médica y equipos necesarios para el monitoreo y el manejo de la madre durante el trabajo de parto y el parto en sí. Además, estas salas también cuentan con recursos para atender a cualquier posible complicación que pueda surgir durante el proceso del parto.

El inicio del trabajo de parto puede variar entre las mujeres y los embarazos, pero generalmente se caracteriza por una serie de cambios físicos y señales que indican que el cuerpo de la mujer está comenzando a prepararse para el parto.

Un TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería) desempeña un papel valioso en el proceso del parto al proporcionar asistencia y apoyo esencial tanto a las madres como al personal médico en las salas de partos y maternidades.

2 Objetivos

El objetivo principal es dar a conocer la importancia sala de partos.

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

Aunque su nivel de responsabilidad puede variar según las políticas y regulaciones locales, su importancia en este entorno es significativa por varias razones:

- Cuidado de la paciente: Atención directa a las madres en trabajo de parto y a las recién nacidas. Esto incluye ayudar en la movilización de la paciente, proporcionar apoyo emocional y asistir en tareas básicas, como el aseo personal.
- Asistencia en procedimientos: Colaborar con el personal médico durante el parto, preparando los equipos y suministros necesarios, ayudando en la colocación de la paciente y proporcionando herramientas médicas a los profesionales cuando sea necesario.
- Mantenimiento de la sala: Manteniéndola ordenada, limpia y bien abastecida. Esto es crucial para asegurar que todo esté listo para cualquier situación que pueda surgir durante el parto.
- Soporte emocional: El proceso del parto puede ser emocionalmente intenso para las madres y sus familias. Los TCAE pueden ofrecer un apoyo cercano y compasivo, proporcionando consuelo y tranquilidad a medida que avanza el proceso.

- Comunicación y registro: Pueden ayudar en la documentación de la evolución del trabajo de parto, anotando las mediciones, las respuestas de la paciente y otros detalles importantes. Esto contribuye a un registro completo y preciso de la experiencia.
- Transporte y logística: En caso de que la madre necesite trasladarse a otra área del hospital para procedimientos adicionales o cuidados posteriores al parto, los TCAE pueden facilitar este proceso y asegurarse de que la transición sea lo más suave posible.
- Colaboración en emergencias: Si surgen complicaciones durante el parto, los TCAE pueden ser parte de un equipo que responde rápidamente, brindando apoyo en situaciones críticas y colaborando con otros profesionales de la salud para garantizar la seguridad y el bienestar de la madre y el bebé.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la importancia del TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería) en una sala de partos es innegable y fundamental para el bienestar tanto de la madre como del bebé durante el proceso del parto. Su papel abarca desde proporcionar asistencia directa a la madre hasta colaborar con el personal médico y mantener el entorno de la sala en óptimas condiciones.

Es importante señalar que las características específicas de una sala de partos pueden variar según la institución médica y las preferencias de atención. El objetivo principal de una sala de partos es proporcionar un entorno seguro y adecuado para que el proceso del parto sea lo más cómodo y seguro posible tanto para la madre como para el bebé.

6 Bibliografía

[https://revistamedica.com/tecnico-auxiliar-enfermeria-sala-parto/#::text=Se%20encargar%C3%A1%20de%20la%20capacitaci%C3%B3n,esterilizado%20previamente%20con%20una%20gasa\).](https://revistamedica.com/tecnico-auxiliar-enfermeria-sala-parto/#::text=Se%20encargar%C3%A1%20de%20la%20capacitaci%C3%B3n,esterilizado%20previamente%20con%20una%20gasa).)
<https://www.ifp.es/blog/como-ser-auxiliar-de-enfermeria-en-paritorios>
http://www.hgucr.es/wp-content/uploads/2011/05/2015_MANUAL-ACOGIDA-AL-TRABAJADOR-EN-PARITORIO.pdf
<https://docplayer.es/5434781-Actividad-de-la-auxiliar-de-enfermeria-en-partos.html>

Capítulo 140

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE) EN LA ATENCIÓN A PACIENTES QUE NECESITAN CUIDADOS PALIATIVOS

ANA CELIA MENDOZA ARCAS

RAQUEL MARÍN PEÑA

ANGELES SANCHEZ MESEGUER

CELIA LISON MARTINEZ

PAMELA MARTÍNEZ CARPENA

1 Introducción

El significado de cuidados paliativos, según la sociedad de cuidados paliativos es el siguiente:

“Los Cuidados Paliativos, o cuidados tipo Hospice como se denominaron en muchos países anglosajones en sus orígenes, son un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o confort y soporte a los pacientes y sus familias en las fases finales de una enfermedad terminal.

Los Cuidados Paliativos procuran conseguir que los pacientes dispongan de los días que les resten conscientes y libres de dolor, con los síntomas bajo control,

de tal modo que los últimos días puedan discurrir con dignidad, en su casa o en un lugar lo más parecido posible, rodeados de la gente que les quiere.

Los Cuidados Paliativos ni aceleran ni detienen el proceso de morir. No prolongan la vida y tampoco aceleran la muerte. Solamente intentan estar presentes y aportar los conocimientos especializados de cuidados médicos y psicológicos, y el soporte emocional y espiritual durante la fase terminal en un entorno que incluye el hogar, la familia y los amigos.”

El TCAE juega un papel muy importante en la atención a los pacientes que necesitan cuidados paliativos, son los encargados de cubrir las necesidades de los pacientes, manteniéndolos aseados, apoyando psicológicamente tanto al paciente como a sus familiares, dotándoles de un entorno adecuado para mejorar la calidad de vida en su etapa final.

2 Objetivos

El objetivo principal es dar a conocer las funciones desarrolladas por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, en situaciones en las que los pacientes sufren enfermedades o cualquier situación terminal, para atenderles con la mayor capacidad de respuesta posible y de la forma más adecuada e integral, respondiendo a todas sus necesidades

3 Metodología

El método utilizado para realizar el siguiente capítulo ha consistido en una revisión bibliográfica sistemática sobre las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en pacientes terminales, los cuales necesitan una serie de cuidados, llamados cuidados paliativos. 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.

4 Resultados

Las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería son varias y las vamos a explicar a continuación:

1. Consiste en mantener aseado al paciente, teniendo en cuenta que son pacientes que en su gran mayoría permanecen encamados, situaciones que dificultan que estas personas tengan intimidad, por lo que se debe preservar, siendo cautelosos

en dicho aseo. También se debe tener en cuenta el orden recomendado para la realización de dicha higiene, el cual se comenzará por los ojos y la cara, después el cuerpo (orejas, cuello, hombros, tórax, brazo, antebrazo, mano, dedos, axilas, zona submamaria, ombligo y abdomen, piernas, pies, dedos de los pies, los genitales, espalda y nalgas). Se debe secar muy bien, especialmente los pliegues e hidratando correctamente la piel para evitar posibles lesiones.

2. Consiste en la alimentación del paciente, en la cual debemos tener en cuenta los gustos, la apetencia del paciente y posicionar a este de forma correcta y adecuada para proceder a suministrarle la ingesta de alimentos.

3. La excreta de residuos y su posterior eliminación, evitando el estreñimiento, el cual es común en estos pacientes causados por la medicación, aumentando la ingesta de líquidos y administrándoles enemas si fuera necesario.

4. El descanso es otro punto importante a tener en cuenta, ya que son pacientes con problemas para conciliar el sueño debido a diferentes causas y que se cansan con pequeños esfuerzos, por lo que se debe propiciar las situaciones para que descansen con pequeñas siestas y realizando los cambios posturales pertinentes cada dos o tres horas para evitar lesiones en la piel.

5. Es un punto muy importante, ya que es importante disminuir los síntomas, asegurándonos que saben usar los analgésicos de forma adecuada para evitar el dolor o minimizarlo lo máximo posible. Además se les informará de otras técnicas no medicalizadas, que les podrían ayudar a disminuir el malestar, como por ejemplo, terapia musical, técnicas de relajación, ...

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene un papel muy importante en la atención a pacientes con un pronóstico de vida corto y que necesitan unos cuidados más específicos como son los cuidados paliativos. Son los profesionales que más en contacto están con estos, junto con el personal de enfermería y el personal facultativo, por eso deben estar capacitados para enfrentar las situaciones que se puedan producir con respecto al cuidado, manejo de las emociones tanto del paciente como de los familiares y amigos, expectantes ante cualquier cambio en la evolución del enfermo y poniendo en antecedentes al personal de enfermería e incluso al personal médico si se considerara necesario. Además es muy importante hacer uso de empatía no solo con los pacientes, ya que son situaciones muy complejas, sino también con los familiares que lo pasan muy mal, intentando dentro de nuestras posibilidades hacer la experiencia lo menos traumática posible para todos y teniendo en cuenta que el lenguaje no verbal da muchas veces

más datos y más claros que cualquier otra forma de lenguaje

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/funcion-tcae-pacientes-terminales/#Desarrollo-del-tema>

<https://revistamedica.com/protocolo-aseo-paciente-encamado/>

<https://revistamedica.com/funciones-tcae-paciente-terminal/>

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12587:palliative-care&Itemid=42139&lang=es

Capítulo 141

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) TRABAJANDO CON PACIENTES NEONATOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ANA CELIA MENDOZA ARCAS

RAQUEL MARÍN PEÑA

ANGELES SANCHEZ MESEGUER

CELIA LISON MARTINEZ

PAMELA MARTÍNEZ CARPENA

1 Introducción

Una unión de cuidados intensivos neonatal es un espacio muy importante en un hospital, ya que es donde se proporciona una atención integral a recién nacidos que tienen comprometido la vida, por diversos motivos posibles. Estos espacios deben estar ubicados próximos a la sala de partos, cerca de la entrada de urgencias y con un acceso rápido para la llegada de ambulancias si fuera necesario, para asegurar una atención inmediata en caso de complicaciones graves en la salud de los recién nacidos. Deben estar dotadas de un número más elevado de profesionales médicos y de enfermería que en otros servicios, debido a la complejidad de

la atención que se demanda en esta zona concreta de un hospital, por esta misma razón, debe estar provisto con un mayor equipamiento, más complejo y completo. Debe estar dispuesta esta zona con una superficie mínima que comprenda entre 9-11 metros cuadrados, pudiendo acceder al recién nacido, como mínimo, desde tres lados, disponiendo de espacio suficiente para el tránsito del personal como técnicos de enfermería, facultativo, padres del recién nacido y todo el personal necesario para una atención integral del mismo.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desarrolla una serie de funciones muy importantes con estos pacientes tan delicados en el servicio de uci neonatal, que van desde la alimentación, aseo, evacuación de desechos, peso y talla, control de la incubadora, cordón umbilical, temperatura entre otros.

2 Objetivos

Explicar que es una unidad de cuidados intensivos neonatal, para qué se utiliza, de que debe estar provisto, las personas que comprenden el equipo que integran este servicio, haciendo especial mención a los técnicos auxiliares de enfermería y explicando cuáles son sus funciones principales dentro de esta unidad.

3 Metodología

El método utilizado para realizar el siguiente capítulo ha consistido en una revisión bibliográfica sistemática sobre las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en pacientes neonatales, los cuales necesitan una serie de cuidados más especializados y completos, en la unidad de cuidados intensivos. 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

4 Resultados

La organización mundial de la salud (OMS) define neonato o recién nacido como “producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días”.

Los recién nacidos se clasifican según el período de gestación en el que ha nacido en:

- POSTÉRMINO-Menor a 42 semanas de gestación.
- TÉRMINO MADURO-Entre la semana 39 y la 41,6 de gestación.

- TÉRMINO PRECOZ O INMADURO-Entre la semana 37 y la 38,6 de gestación.
- PRETÉRMINO TARDÍO-Entre la semana 34 y la 36,6 de gestación.
- PRETÉRMINO MODERADO-Menor o igual a la semana 33, hasta la semana 31 de gestación.
- PRETÉRMINO SEVERO-Menor o igual a la semana 30, hasta la semana 28 de gestación.
- PRETÉRMINO EXTREMO-Menor o igual a la semana 28 de gestación.
- GRAN INMADURO-Entre la semana 25 y la 23 de gestación.

Otra clasificación que hay que considerar es la del peso con el que nace el neonato, ya que se considera de bajo peso a todo aquel que tenga un peso inferior a 2500mg, independientemente del periodo de gestación en el que nazca y es el siguiente:

- MACROSÓMICOS-Con un peso al nacer de 4000g o más.
- BPN (BAJO PESO DE NACIMIENTO)-Con un peso de 2500g o menos.
- MBPN (MUY BAJO PESO DE NACIMIENTO)-Con un peso de 1500g o menos.
- MMBPN (MUY MUY BAJO PESO DE NACIMIENTO) O PEBN (PESO EXTREMADAMENTE BAJO AL NACER)-Con un peso inferior o igual a 1000 g.

Existe otra clasificación que también hay que tener en cuenta en La atención a estos pacientes y consiste en tener en cuenta el peso del neonato relacionado con la madurez estimada, a la que denominan percentil y es la siguiente:

- PERCENTIL ENTRE EL 10 -90-Percentil adecuado para la edad gestacional.
- PERCENTIL SUPERIOR A 90-Percentil grande para la edad gestacional.
- PERCENTIL INFERIOR A 10-Percentil inferior para la edad gestacional.

Dependiendo del periodo de gestación en el que nazcan los recién nacidos, pueden traer consigo más o menos problemas, es decir, cuanto menos tiempo de gestación tienen, los problemas de salud que pueden presentar estos bebés, pueden llegar a ser muy graves, comprometiendo inclusive la vida del neonato y a veces incluso la de la madre. Por esta circunstancia es muy importante que el equipo que integre el servicio de UCIN este muy preparado, sea mayor que en otros servicios y sea completo para satisfacer la atención demandada de forma integral.

El espacio dentro de una uci neonatal se divide en boxes, cuyo espacio a su vez, se clasifica por colores: rojo, azul, amarillo y verde, según estén más o menos graves respectivamente las personitas que ocupan estos espacios.

Las funciones principales que desempeña un técnico en cuidados auxiliares de enfermería en una unión de cuidados intensivos neonatal (UCIN) son muy variadas e importantes, por la complejidad de la asistencia demandada en este servicio y las vamos a explicar a continuación.

En pacientes menos graves la atención del TCAE va a consistir en administrarle

cuidados más básicos, pero cuando se trata de pacientes más delicados las funciones del personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería aumentan considerablemente, al igual que las del resto del equipo en UCIN.

Las funciones del TCAE consisten en:

- Controlar caducidades de las leches.
- Preparar y administrar alimentación, que puede ser administrada de varias formas y son las siguientes:
 - *Nutrición parenteral- que consiste en administrar la alimentación por un acceso venoso cuando la vía oral o enteral no se encuentre disponible.
 - *Nutrición enteral-que consiste en administrar la alimentación por sonda. Esta se puede administrar de forma nasogástrica (nariz) o de forma orogástrica(boca) llegando las dos directamente al estómago.
 - *Nutrición mediante gastrostomía -que consiste en la colocación de un tubo en el interior del estómago que sale al exterior a través de la pared abdominal.
 - *Nutrición por boca-que puede administrada directamente del pecho de la mamá, como alternativa también puede ser administrado por biberón ya sea leche materna o de fórmula preparada, para contemplar esta opción es importante tener en cuenta el reflejo de succión del neonato que no aparece hasta la semana 34 de gestación.
- Higiene del paciente, limpieza de incubadoras y boxes.
- Ayudar al personal de enfermería y médico en procedimientos y pruebas diagnósticas, en la implantación catéteres epicutaneos, umbilicales y pleurales, en punciones lumbares, en sondajes, etc.
- Reposición de material limpio esterilizado y limpieza de material usado y posteriormente llevado a esterilizar.
- Reponer ropa limpia en almacén y material en los box y almacén para que nunca falte nada.
- Retirar la ropa sucia y poner bolsas limpias en los cubones utilizados con este fin.
- Comprobar el buen funcionamiento de las incubadoras en cuanto al oxígeno, la toma de la bolsa de aspiración, el agua de la incubadora y los respiradores.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene un papel muy importante en la atención a pacientes con un pronóstico de vida corto y que necesitan unos cuidados más específicos como son los cuidados paliativos. Son los profesionales

que más en contacto están con estos, junto con el personal de enfermería y el personal facultativo, por eso deben estar capacitados para enfrentar las situaciones que se puedan producir con respecto al cuidado, manejo de las emociones tanto del paciente como de los familiares y amigos, expectantes ante cualquier cambio en la evolución del enfermo y poniendo en antecedentes al personal de enfermería e incluso al personal médico si se considerara necesario. Además es muy importante hacer uso de empatía no solo con los pacientes, ya que son situaciones muy complejas, sino también con los familiares que lo pasan muy mal, intentando dentro de nuestras posibilidades hacer la experiencia lo menos traumática posible para todos y teniendo en cuenta que el lenguaje no verbal da muchas veces más datos y más claros que cualquier otra forma de lenguaje.

6 Bibliografía

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-del-tecnico-auxiliar-de-enfermeria-tcae-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos-neonatales-uci>
<https://www.analesdepediatria.org/es-niveles-asistenciales-recomendaciones-minimos-atencion-articulo-S1695403312004869>
<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-uci-neonatal/>
<https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2012/sp121g.pdf>
https://campusvygon.com/wp-content/uploads/2021/01/Sin-titulo-2_Mesa-de-trabajo-1_Mesa-de-trabajo-1-scaled-e1611564627679.jpg
http://www.saludinfantil.org/guiasn/Guias_PMontt_2015/Generalidades/Clasificaciones_Reclen_nacido.htm

Capítulo 142

ÚLCERAS POR DECÚBITO, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO REALIZADO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ANA CELIA MENDOZA ARCAS

RAQUEL MARÍN PEÑA

ANGELES SANCHEZ MESEGUER

CELIA LISON MARTINEZ

PAMELA MARTÍNEZ CARPENA

1 Introducción

En el medio hospitalario se mide la calidad de la atención en pacientes encamados o con movilidad reducida por la aparición de las tan temidas úlceras por presión cuyo mejor tratamiento y más efectivo es la prevención.

Vamos a comenzar por explicar que es una úlcera por presión (UPP) o también muy conocida por el nombre de úlcera por decúbito’.

La organización mundial de la salud (OMS) define úlcera por presión como: “el resultado de una necrosis isquémica en el nivel de la piel, así como tejidos sub-cutáneos, comúnmente debido a la presión ejercida sobre una prominencia ósea”,

es decir, son lesiones de la piel producidas de forma más habitual en las prominencias óseas, aunque también se pueden producir por zonas más blandas debido a la colocación de apósitos, accesorios o materiales clínicos de los que no se pueden prescindir, como por ejemplo vías, sondas, etc. Debido al roce prolongado en una zona concreta y si no se rectifica a tiempo protegiendo la zona pueden llegar a producir lesiones en la piel.

Estas lesiones comprenden las denominadas llagas del paciente encamado, úlceras por decúbito y/o escaras que entremezclan en la denominación de estos tanto la visión popular como la tradicional incluida la profesional.

Otra causa muy común además de la presión es el cizallamiento, que consiste en mover la piel para un lado y el hueso subyacente se mueve para el otro lado, como ocurre, por ejemplo, cuando te sientas encorvado o al deslizarse durante una transferencia, por esto, la importancia de no arrastrar, sino que hay que levantar y después mover.

2 Objetivos

Los objetivos principales son explicar que es una úlcera por presión (UPP), cuál es la clasificación existente sobre éstas, determinar las funciones que tiene el TCAE en cuanto a la prevención y tratamiento de dichas úlceras por presión (UPP), dar a conocer material que existe para evitar dichas UPP.

3 Metodología

El método utilizado para realizar el siguiente capítulo ha consistido en una revisión bibliográfica sistemática sobre las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión, clasificación. 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. Se usaron palabras clave en el buscador como TCAE, úlceras por presión, prevención, tratamiento, clasificación.

4 Resultados

La úlcera por presión en la guía de práctica clínica para el cuidado de personas con Úlceras por Presión (UPP) o con riesgo de padecerlas, del año 2012, se de-

finen como una “lesión localizada en la piel o el tejido subyacente, por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión (incluyendo presión en combinación con cizalla).

A continuación, voy a explicar la clasificación de las úlceras por presión según el documento de consenso realizado entre EPUAP, NPUAP y PAN PACIFIC publicado en el año 2014, en el que siguen proponiendo cuatro categorías para clasificar las úlceras por presión.

-CATEGORÍA I-Eritema no blanqueante en la piel íntegra.

Se identifica por piel intacta con eritema blanqueante de una zona concreta, con más frecuencia que corresponde con una prominencia ósea. Puede identificarse decoloración de la piel, calor o frío en la zona en comparación con otros tejidos adyacentes, endurecimiento o piel más firme, suavidad, edemas e incluso dolor. Difícil detección en personas de piel oscura debido a su posible camuflaje.

-CATEGORÍA II-Pérdida parcial del espesor de la piel o ampolla.

Se identifica por pérdida del grosor parcial de la dermis, mediante una úlcera abierta con poca profundidad, con el lecho de la herida entre dos colores rosado y rojo y sin que aparezcan esfácelos. También existe la posibilidad que aparezca como una ampolla íntegra de suero o inclusive rota.

Es una úlcera a nivel superficial que puede tener aspecto brillante o seco, sin esfácelos, ni hematomas ya que es un signo de lesión en tejidos más profundos. No debe usar esta categoría para describir laceraciones, dermatitis asociada a incontinencia, lesiones de esparadrapo, maceración o escoriación.

-CATEGORÍA III-Pérdida total del grosor de la piel.

Se identificaría por la observación de la pérdida completa de tejido. Se puede apreciar a simple vista la grasa subcutánea, pero no los huesos, tendones o músculos. Se pueden apreciar esfácelos, pero nunca ocultar la profundidad de la lesión. Pueden incluir cavitaciones y tunelizaciones.

La profundidad va a depender de la localización anatómica, por ejemplo, la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido subcutáneo adiposo y las úlceras por presión no pueden ser muy profundas. Por el contrario ocurre en zonas de importante adiposidad que las lesiones pueden llegar a hacerse extremadamente profundas, pero es importante tener en cuenta que en esta categoría, el hueso o el tendón no son visibles o directamente palpables.

-CATEGORÍA IV-Pérdida total de espesor de los tejidos.

Se identificaría por lesiones que tienen pérdida total del grosor del tejido con exposición de hueso, tendón o músculo, en las que pueden aparecer esfácelos o escaras. Habitualmente comprenden cavitaciones o tunelizaciones. La profundidad de las úlceras por presión depende de la localización anatómica de éstas,

dónde en zonas como la nariz, oreja, occipital y maléolo, zonas en las que no hay tejido adiposo es poco profunda, pero por el contrario, en zonas con adiposidad abundante pueden llegar a ser extremadamente profundas, pudiendo afectar a los músculos y/o de soporte como son la fascia, tendón o cápsula de la articulación con posibilidad de padecer una osteomielitis u osteítis en dónde el hueso/músculo expuesto es visible o palpable directamente.

Hay lesiones que no se podrán incluir en ninguna categoría, es decir, se consideraran como no categorizables hasta realizar un desbridamiento para comprobar la profundidad que tiene dicha lesión y poder así saber en la categoría que debemos incluirla.

Los signos a tener en cuenta para sospechar de la posible existencia de lesiones profundas o de profundidad desconocida sería localizar un área de color morado o pardo, de piel decolorada o ampolla con sangre, producidos por la presión sufrida de los tejidos subyacentes debido a la presión, la cizalla, la fricción y/o la humedad.

Como hemos podido comprobar al describir que es una úlcera por presión y lo graves que pueden llegar a ser, es muy importante saber que el mejor tratamiento es la prevención, ya que una vez que han aparecido es muy complicado y requieren de mucho esfuerzo para poder eliminarlas. Por otro lado, es importante tener en cuenta, que merman mucho la calidad de vida y la salud de la persona que las sufre, disminuyen la independencia para el autocuidado, lo que repercute en baja autoestima, influyen negativamente en cuidadores y familiares, siendo la fuente de sufrimientos por dolor y disminución de la esperanza de vida e incluso de muerte. Por eso, es muy importante las funciones que realizan los TCAE, puesto que son, junto con el personal de enfermería, los que más en contacto están con el paciente. Este personal dispone de una serie de herramientas para detectar los pacientes que son más propensos, por sus circunstancias personales, a sufrir este tipo de lesiones, entre las que se encuentran una serie de escalas, como puede ser la de Norton, Braden, entre otras.

También disponen de dispositivos materiales que ayudan de una manera eficaz en la prevención y tratamiento de las UPP y voy a denominar algunos de ellos: -cojines; -almohadas; -ácidos grasos hiperoxigenados como el mepentol o el corpitol; -pomadas barrera como el óxido de zinc; -aceite de hígado graso de bacalao como carena y el conveen protact; -taloneras; -mobiliario como camas articuladas, sillones, taburetes, etc.

Las funciones principales de los TCAE frente a pacientes son:

-valoración mediante las escalas disponibles (Norton, braden, etc.) de pacientes

de riesgo.

- anotar cualquier imperfección en la piel para su control y cuidado.
- observar detenidamente cualquier rojez corporal.
- comprobar el estado de la piel diariamente.
- evitar los pliegues en ropa de cama, comprobar que esté limpia y seca.
- cambios de pañales más continuados, sobre todo en personas con incontinencia, diarrea.
- controlar que no exista exceso de humedad producido por el sudor, pérdida del control de esfínteres (pis, heces), posibles vómitos e incluso el drenaje de posibles heridas. Aplicar si es necesario barreras de protección como cremas, compresas absorbentes para eliminar la humedad, según las necesidades del paciente.
- en casos necesarios hacer cambios posturales cada dos o tres horas, para cambiar las zonas de presión.
- observar detenidamente las zonas de protuberancias óseas en concreto y comprobar que la piel esté intacta en general, cada cambio postural.
- no masajear zonas enrojecidas de presión, pues empeoraran.
- colocación de almohadas en las zonas más prominentes para reducir la presión de estas con su elevación.
- utilización de colchones antiescaras si fuera necesario.
- uso de jabones neutros y agua no muy caliente para el aseo.
- vigilancia de las fuentes de fricción y presión.
- uso de protectores en codos y talones, si fuera necesario.
- proporcionar trapecio para facilitar cambios posturales a pacientes con mayor autonomía, en casos necesarios.
- dieta adecuada en cuanto a calorías y rica en hierro y vitaminas c y b.
- documentar cualquier pequeño cambio en la integridad de la piel y las mucosas, avisando al personal de enfermería y/o médico, si fuera necesario.
- establecer una serie de medidas para evitar mayor deterioro una vez han aparecido, recomendaciones que darán el personal de enfermería y/o médico.

5 Discusión-Conclusión

El personal técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), como hemos podido comprobar a lo largo del capítulo, tiene un papel clave en la prevención, detección e incluso control de las úlceras por presión, porque es el personal más cercano a los pacientes en cuanto a la atención, es decir, es el personal que más tiempo dedica a su cuidado, lo que le permite tener un mayor control de cualquier pequeño cambio en la piel del paciente. Por eso, es el primer responsable a la hora

de evitar estas temidas lesiones en la piel, evitando su aparición y por cualquier causa ya han aparecido, controlando su expansión, siempre con la ayuda del equipo médico y de enfermería.

6 Bibliografía

https://www.google.com/search?q=definici%C3%B3n+de+ulcera+por+presion&rlz=1C1CHBF_esES972ES974&oq=DEFINICION+DE+ULCERA+POR+PR&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUqCQgBEAAYDRiABDIGCAAQRRg5MgkIARAAGA0YgAQyCAgCEAAYFhgeNchrome&ie=UTF-8
<https://ulceras.net/monografico/109/97/ulceras-por-presion-etipatogenia.html>
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-ulceras-por-presion.pdf>
<https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/Clasificaci%C3%B3n%20UPP?idioma=es>

Capítulo 143

PREVENCIÓN DE LA APARICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL ANCIANO SANO. EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

NURIA CEPEDAL FERRER

EMÉRITA ALLENDE ELVIRA

1 Introducción

Las úlceras por presión son conocidas también como escaras o úlceras por decúbito. Se les denomina así a las lesiones que tienen lugar en la piel y tejidos subyacentes como consecuencia de una presión mantenida en el tiempo sobre los mismos.

Tienen lugar en zonas donde los huesos están más prominentes sobre la piel, como es el caso de talones, codos y caderas. También en la espalda baja. Aunque es verdad que las úlceras pueden afectar a cualquier persona son más comunes en la población anciana y esto es debido a la movilidad reducida y la fragilidad de su piel.

La sintomatología típica en ancianos va a variar dependiendo del grado de la úlcera. En las primeras etapas, la piel puede mostrarse enrojecida o inflamada siendo sensible al tacto. Pasado el tiempo, presente un tono oscuro y puede formarse la ampolla, que se romperá y dejará paso a la formación de la úlcera abierta.

Los factores de riesgo asociados a la aparición de las úlceras son: la edad avanzada, escasa o nula movilidad, mala nutrición, falta de sensibilidad en algunas partes del cuerpo, sobre todo las extremidades, humedad, como puede ser causa de la incontinencia en ancianos, enfermedades crónicas tales como la diabetes o el tabaquismo.

2 Objetivos

- Conocer qué son las úlceras por presión.
- Averiguar cuál o cuáles son los factores de riesgo predominantes para la aparición de las úlceras por presión en ese grupo de población.
- Averiguar y puntuar cuáles son las causas de la aparición de las úlceras por presión.
- Exponer cómo prevenir la aparición de las úlceras por presión en la población anciana.

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: “Ulcers in the elderly” / “UPP ancianos”

4 Resultados

La principal causa en la aparición de las úlceras por presión (UPP) es la presión constante y mantenida en el tiempo en una misma zona de la piel, aunque es verdad que existen otras muchas tales como: fricción. La fricción puede debilitar la piel, este caso es por ejemplo en el paciente encamado cuando la piel roza constantemente con la ropa de la cama. Es una intervención del personal Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) prevenir e hidratar bien la zona que está en contacto, así como observar los diferentes signos de alarma, como el enrojecimiento de la zona, que pueden derivar de ello. La humedad, como puede ser aquella derivada de la incontinencia urinaria. Imprescindible, los cambios de pañal. La mala nutrición, común en gente de avanzada edad. Cuando no se

lleva a cabo una dieta adecuada, puede llevar a la falta de nutrientes que a su vez debilitan la piel haciéndola susceptible a la aparición de las úlceras. Otras condiciones de salud subyacentes al propio paciente. Aquellas condiciones que afectan a la circulación de la sangre como la diabetes y enfermedades vasculares pueden aumentar el riesgo de aparición de UPP. Las personas mayores tienen dificultad para moverse, por eso es tan importante los cambios posturales en gente encamada, así como promover una movilidad adecuada por parte de TCAE para prevenir la aparición de estas.

La mejor forma de prevenir la aparición de las úlceras es el correcto cuidado de la piel por parte del personal sanitario a cargo del anciano o ayudar en el cuidado en su domicilio en el caso de no estar hospitalizado. Algunos de los consejos que se pueden dar para el cuidado de la piel son: mantener siempre la piel perilesional limpia y seca, para la limpieza se puede usar jabón neutro con agua tratando de evitar productos que contengan alcohol, ya que pueden dañar la piel. La hidratación es siempre beneficiosa, así como la protección con una barrera tópica como puede ser una crema. Observar los apósitos diariamente, en el caso de trabajar con personal de enfermería informar sobre el mal estado del apósito y si trabaja el TCAE solo, como puede ser residencia de ancianos o en la enseñanza en el domicilio, enseñar a cambiar los apósitos y observar el estado de la úlcera. Siguiendo siempre las indicaciones del médico o enfermera/o, pero si algo puede hacer el TCAE en la prevención de las mismas es la inspección de la piel. Es muy importante revisar diariamente la zona por si aparecen signos alarmantes de infección. La nutrición ha de ser una de las actividades primordiales en esta población fomentando al consumo de proteínas, vitamina C o zinc, importantes en la curación de las heridas.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE ha de tener claro que cada paciente y cada úlcera son únicos. Siempre se debe seguir las recomendaciones de los profesionales de salud que están trabajando en ellas. No se debe dudar en preguntar a dichos profesionales ante cualquier preocupación o cambio observado en la úlcera, ya que cada paciente ha de necesitar unos cuidados individualizados. Los cambios posturales son una de las intervenciones estrella del personal TCAE y una de las acciones que más ayuda a evitar la presión adicional.

Las complicaciones derivadas de las úlceras por presión pueden llegar a ser graves. Algunas de las más importantes son las infecciones que pueden llegar al hueso o incluso la sangre. Por eso, se ha de recalcar que es tan importante la

prevención de las úlceras por presión. La prevención implica diferentes pasos, pero los más importantes son los cambios frecuentes de posición, una nutrición equilibrada y el cuidado de la piel.

6 Bibliografía

1. ORPEA. ¿Cómo prevenir las úlceras por presión o escaras? - ORPEA [Internet]. Residencias para mayores Orpea. Orpea; 2023 [citado el 11 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://orpea.es/causas-de-ulceras-por-presion-y-como-prevenir-las/>
2. Jaul E, Barron J, Rosenzweig JP, Menczel J. An overview of co-morbidities and the development of pressure ulcers among older adults. BMC Geriatr [Internet]. 2018 [citado el 11 de agosto de 2023];18(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30537947/>
3. Tovar Pino HM, Valera Luján AC. Conocimientos y prácticas de los cuidadores sobre prevención de úlceras por presión en el adulto mayor. Universidad Nacional de Trujillo; 2022.

Capítulo 144

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

CATALINA MORENO BRAVO

JOSEFA BELEN ABELLAN ABELLAN

ASUNCION GONZALEZ TORRES

SAIRA PATRICIA MENDOZA BELTRAN

LORENA ROCIO CECA TAMUREJO

1 Introducción

En nuestro día a día como auxiliares de enfermería nos encontramos con la aparición de úlceras por presión. Las úlceras por presión se producen por isquemia celular debido a la falta de oxígeno de las células que conforman los diversos tejidos a consecuencia de la compresión entre dos planos duros durante un tiempo prologado. Los pacientes geriátricos, con lesiones neurológicas crónicas e irreversibles y críticos, son los que mas problemas tienen con las úlceras por presión, aunque no son los únicos. Junto con el equipo de enfermería nuestra labor es prevenir su aparición manteniendo la piel limpia y seca, utilizando elementos para aliviar la presión, movilización y la realización de cambios posturales. Debemos mantener la vigilancia para prevenir las úlceras por presión, ya que pueden provocar infecciones, amputaciones, incremento del tiempo de hospitalización, etc. En este capítulo vamos a abordar la clasificación, localización, las causas de aparición de úlceras por presión, la prevención y tratamiento. Vamos a conocer

cuantos grados de úlceras hay desde el menos grave al más grave, Aprenderemos a identificar en que puntos según la posición del paciente es posible que se produzcan más úlceras. Reconoceremos que elementos hacen que la úlcera sea por un factor intrínseco o extrínseco. También conoceremos las escalas más utilizadas para clasificar las úlceras.

2 Objetivos

Conocer la clasificación, localización, causas de las úlceras por presión que pueden afectar a los pacientes hospitalizados para prevenir su aparición.
Saber los tipos de escalas que existen para clasificar las úlceras.
Educar al paciente y a los familiares para prevenir las úlceras por presión.

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.
Palabras clave: estadiaje en úlceras por presión.

4 Resultados

La úlcera por presión es una lesión que afecta a la piel y tejidos subyacentes con pérdida de tejido debido a una presión o fricción prolongada. La úlcera por presión se pueden clasificar en distintos estadios:

Grado I: La epidermis sigue intacta pero aparece un eritema que no desaparece cuando se alivia la presión y el paciente puede sentir dolor local y calor en la zona.

Grado II: Afecta a la epidermis y la dermis que presenta erosiones o ampollas con desprendimiento de la piel.

Grado III: Presenta una destrucción de la capa subcutánea pudiendo llegar al músculo, puede aparecer exudados o necrosis.

Grado IV: La lesión es tan profunda que puede llegar a dejar al descubierto hueso o estructuras de sostén, hay ausencia de sangrado y de dolor debido a que prácticamente ha desaparecido las terminaciones nerviosas y los capilares sanguíneos.

La localización mas frecuentes de las úlceras por presión suelen coincidir con las prominencias óseas que son las zonas en la que ejercemos mas presión. Dependiendo del tipo de posición que adoptemos ejercemos mas presión en las siguientes zonas:

- Decúbito supino: cabeza, omóplato, codo, sacro y talones.
- Decúbito lateral: oreja, costilla, codo, trocánteres, condilo, maléolos externos,
- Decúbito prono: mejillas, acromion, rodillas, dedos.

Podemos clasificar las causas de aparición de úlceras por presión en factores intrínsecos y extrínsecos:

Los factores intensivos son la humedad, causas vasculares, nerviosas, metabólicas.

La humedad puede producir la maceración de los tejidos produciendo úlceras por presión ejemplo de ello es la incontinencia urinaria y fecal, mal secado del paciente, exceso de sudoración, uso excesivo de cremas hidratantes.

Causas vasculares: la disminución del flujo sanguíneo causada por la presión prolongada puede provocar úlceras por presión.

Causas nerviosas: los pacientes con perdida de movilidad pueden llegar a permanecer en la misma posición durante mucho tiempo y si no se realizan cambios posturales y se tiene cuidado se puede producir úlceras por presión. Un ejemplo de ello es la parálisis, espasticidad, perdida de sensibilidad, etc.

Causas metabólicas que pueden producir un problema a la hora de cicatrización de la úlcera. Las deficiencias nutricionales que cursan con delgadez producen una disminución del tejido lo que actúa a modo de almohadilla entre dos planos duros. El déficit hídrico llevan a una incorrecta hidratación de la piel y una menor elasticidad minimizando su función como barrera externa. En pacientes diabéticos con problemas de circulación.

Otras causas: pacientes con edad avanzada debido a la falta de ejercicio y el aumento de sedentarismo, agentes con acción inmunosupresora y alteraciones cutánea.

Factores externos son la presión, el cizallamiento y la combinación de ambas.

Presión los capilares sanguíneos soportan presiones entre 16 – 33mmHg cuando la presión es mayor disminuye el flujo sanguíneo ocasionando un proceso inflamatorio local que puede causar la necrosis celular esto se puede dar en pacientes encamados, pacientes con movilidad reducida y en puntos de apoyo de sondas y catéteres.

Fricción: los pliegues y rozamientos que se pueden producir por las arrugas en la sabana, el arrastrar a un paciente cuando se le desplaza. También puede producirse presión y arrastre al mismo tiempo por ejemplo cuando el paciente se va

escurriendo de la cama.

Hay varios tipos de escalas para valorar el riesgo de aparición de úlceras por presión. Podemos encontrar:

-Escala de Norton modificada la puntuación va de 4 a 1 siendo la 4 bueno y 1 muy malo. Los distintos factores a valorar son estado físico general, estado mental, actividad movilidad, incontinencia.

Clasificación de riesgo:

- Riesgo muy alto: puntuación de 5 a 9.
- Riesgo alto: puntuación de 10 a 12.
- Riesgo medio: puntuación de 13 a 14.
- Riesgo mínimo/sin riesgo: puntuación mayor de 14.

-Escala de Braden que va del 1 al 4 siendo uno el mayor riesgo. Hay distintos factores a valorar percepción sensorial, exposición a humedad, actividad, movilidad, nutrición, roce y peligro de lesiones cutáneas.

Clasificación de riesgo: Alto riesgo: puntuación menor o igual a 12.

Riesgo moderado: puntuación entre 13 y 14.

Bajo riesgo:

- Puntuación entre 15 y 16 para pacientes menores de 75 años.
- Puntuación entre 15 y 18 para pacientes con 75 años o más.

Para prevenir las úlceras por presión debemos reducir la presión mediante: la movilización, cambios posturales (en pacientes encamados cada 2-3h) , evitar y disminuir la fricción, cuidado e higiene de piel, control del estado del paciente.

El mejor tratamiento para evitar la aparición de las úlceras de presión es siempre la prevención.

5 Discusión-Conclusión

En determinados pacientes hay una mayor probabilidad de que se produzcan úlceras por presión por ejemplo en pacientes críticos, geriátrico, neurológico. Con la elaboración de este capítulo volvemos a coincidir en que la mejor manera de curar una úlcera por presión es siempre mediante la prevención . Por ello nos gustaría incidir en la importancia de la movilización en el paciente ingresado para evitar la aparición de úlceras, los cambios posturales en pacientes encamados o que pasan demasiado tiempo inmóviles, disminuir la presión mediante elementos de apoyo como las almohadas, mantener la cama limpia y sin arrugas, uso adecuado de cremas hidratantes, en la higiene utilizar jabones neutros, evitar la fricción durante el secado, etc. También nos gustaría incidir en que las auxiliares

de enfermería durante el aseo del paciente somos los primeros ojos en poder valorar el estado íntegro de la piel.

6 Bibliografía

<https://ulceras.net/monografico/110/98/ulceras-por-presion-categorias.html>
<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/bed-sores/symptoms-causes/syc-20355893>
[ancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/efectos-secundarios/piel-cabello-unas/ulceras-por-presion.html](https://www.ama.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/efectos-secundarios/piel-cabello-unas/ulceras-por-presion.html)

Capítulo 145

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PRIMEROS AUXILIOS DE ASFIXIA Y ALTERACIONES RESPIRATORIAS

CATALINA MORENO BRAVO

ASUNCION GONZALEZ TORRES

SAIRA PATRICIA MENDOZA BELTRAN

JOSEFA BELEN ABELLAN ABELLAN

LORENA ROCIO CECA TAMUREJO

1 Introducción

Podemos definir a los primeros auxilios como aquellas medidas inmediatas en las que ha sucedido un accidente y hay una persona accidentada que necesitan que se le apliquen unas actuaciones para que su vida no corra peligro o pueda tener complicaciones de salud. En este capítulo vamos a hablar de la obstrucción de la vía aérea y otras alteraciones respiratorias. Podemos definir la asfixia como la dificultades que el paciente puede llegar a tener como causa de falta de oxígeno en el aire que respira y por tanto en los tejidos del organismo. Por ello como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería debemos conocer las maniobras de primeros auxilios de forma que podamos actuar en caso de urgencia en nuestro ámbito

de trabajo. En este capítulo vamos a hablar de los primeros auxilios que vamos a realizar cuando nos encontramos ante las siguientes situaciones: intoxicación por monóxido de carbono u otros tóxicos, obstrucción de las vías respiratorias altas (en adultos, niños mayores de un año y lactantes) y disminución de la cantidad de oxígeno en el aire inspirado.

Debemos tener conocimientos de primeros auxilios como ciudadanos y como profesionales que trabajamos en el medio hospitalario debido a que estos primeros auxilios pueden marcar la línea entre la vida y la muerte de una persona.

2 Objetivos

- Conocer las actuaciones a realizar en caso una emergencia relacionada con asfixia y alteraciones respiratorias.
- Educar sobre la importancia de los primeros auxilios para concienciar sobre la importancia de los mismos.

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, excepciones al secreto profesional en el ámbito sanitario. Se han utilizado bases de datos científicas como Google Scholar. Los criterios de exclusión que se han tenido en cuenta son: artículos anteriores al año 2015 y de idioma distinto al castellano.

4 Resultados

Las causas que pueden desencadenar la asfixia y las alteraciones respiratorias pueden ser:

A).- Intoxicación por monóxido de carbono u otros tóxicos: Transporte inadecuado de oxígeno por los hematíes: Esto se produce cuando la hemoglobina se combina con productos como el monóxido de carbono, cianuro, benceno, ácido sulfhídrico. Lo podemos clasificar:

- Lívida o azul: Falta oxígeno en la sangre y la circulación sanguínea es más lenta. El usuario presenta la piel de un color azul.
- Pálida o blanca: Se produce por espasmos de la glotis. La piel del paciente se presenta pálida, tiene debilidad y enlentecimiento en el pulso.

Protocolo :

El primer paso es alejar a la víctima del ambiente tóxico. Debemos abrir la vía aérea del paciente y si es necesario le insuflaremos aire con el ambú en caso de no tener las realizaremos boca a boca. Se le aplicará oxigenoterapia si el facultativo lo considera necesario.

B).- Obstrucción de las vías respiratorias altas: que pueden estar causadas por cuerpos extraños, gases, caída de la lengua hacia atrás, tóxicos, electrocución, sofocamiento. En este caso vamos a explicar OVACE en adultos y niños mayores de un año y en lactantes.

Protocolo de obstrucción de la vía aérea en adultos y niños mayores de un año:

- Si el paciente respira y puede hablar le pediremos que tosa para intentar eliminar el cuerpo extraño para que la vía respiratoria deje de estar obstruida. Retiraremos el cuerpo extraño que veamos en la boca, para ello utilizaremos los dedos índices y corazón haciendo un gancho. Tendremos cuidado de no desplazarlo hacia el interior de las vías respiratorias.

- Si el paciente no puede hablar nos posicionaremos por detrás y con una mano le sujetaremos el pecho y le pediremos que se incline hacia delante. Con el talón de la mano contraria daremos cinco golpes secos, entre los omoplatos, con esto provocaremos la tos y facilitaremos el desplazamiento del objeto hacia arriba. Si con estos no elimina el cuerpo extraño aplicaremos la maniobra de Heimlich.

- Maniobra de Heimlich en paciente consciente:

- Nos situamos por detrás de la víctima y la abrazamos por la cintura. Formamos un puño con la mano derecha y lo situaremos entre apófisis xifoides y cuatro dedos por encima del ombligo.

- Con la otra mano cogeremos el puño, presionaremos fuertemente el abdomen realizando un movimiento de las manos hacia dentro y hacia arriba, con el fin de provocar tos artificial que va a facilitar que podamos retirar el objeto.

- Repetimos la maniobra cinco veces cada cinco minutos.

Protocolo obstrucción de vía aérea en lactantes:

Lactante consciente:

- Colocaremos al lactante en decúbito prono, colocaremos al lactante en decúbito prono apoyándolo sobre el antebrazo y la mano. Sujetaremos su cabeza por la mandíbula de forma que esta esté extendida y más baja que el tronco.

- Golpearemos en la espalda del bebé hasta cinco veces entre sus omoplatos con la palma de la otra mano.

- Comprobamos la boca del bebé y retiramos cualquier objeto.

En caso de lactantes inconscientes, le posicionaremos en decúbito supino e iniciaremos la

RCP.

C).- Disminución de la cantidad de oxígeno en el aire inspirado: como consecuencia del gas, polvo, humo. Ahogamiento o por encontrarse en zonas de gran altitud. En el caso del monóxido de carbono los síntomas son cefaleas, visión borrosa, palidez, vómitos, falta de coordinación, náuseas, confusión, etc.

Protocolo:

- Sacar al usuario de la fuente que produce CO, no se debe respirar mientras evacuamos al paciente.
- Retiraremos la fuente, airearemos el lugar y realizaremos el boca a boca.

5 Discusión-Conclusión

Tras la elaboración de este capítulo hemos concluido que la mejor forma de impedir que sucedan es la prevención de situaciones de riesgos poniendo los recursos humanos y materiales necesarios para evitar estas situaciones. En la mayor parte de las intervenciones responden al sentido común. Debemos mantener la calma y la serenidad para poder socorrer al accidentado. En el día a día en el ejercicio de nuestra profesión puede llegar a ser bastante común la asfixia y las alteraciones respiratorias. Como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería debemos conocer las maniobras de primeros auxilios de forma que podamos actuar en caso de urgencia en nuestro ámbito de trabajo.

6 Bibliografía

Arribas, R. G., & Colmenarejo, B. B. (2021). Técnicas básicas de enfermería. Editex.

Capítulo 146

EL TÉCNICO EN CUIDADO AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SONDAJE VESICAL

CATALINA MORENO BRAVO

LORENA ROCIO CECA TAMUREJO

SAIRA PATRICIA MENDOZA BELTRAN

JOSEFA BELEN ABELLAN ABELLAN

ASUNCION GONZALEZ TORRES

1 Introducción

El aparato urinario entre otras funciones es el encargado de liberar al organismo de las sustancias tóxicas y de desecho que se acumulan en el torrente circulatorio, eliminándolas a través de la orina.

La orina es secretada por cada riñón y recogida por la pelvis renal, de ahí pasa a los uréteres para llegar a la vejiga donde se acumula hasta ser eliminada a la uretra.

El sondaje vesical consiste en la introducción de una sonda por la uretra hasta la vejiga. Las sondas son tubos de distinto calibre y diferentes materiales como caucho rígido o blando, silicona, plástico.

La sonda vesical es un factor de riesgo para la infección del tracto urinario. La infección del tracto urinario es la presencia y multiplicación de microorganismos

en la vía urinaria. Por todo esto es importante la asepsia en la realización del sondaje además es un proceso estéril en el que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería colaboramos con enfermería. Como auxiliares de enfermería debemos conocer las indicaciones del sondaje, los tipos de sondaje, como colaborar con el enfermero/a en la realización de la técnica y las posibles complicaciones. En este capítulo hablaremos los tipos de sondajes que existen, las clases de sondas que nos podemos encontrar, las indicaciones de este, las complicaciones que pueden surgir y como ayudaremos a enfermería con la técnica.

2 Objetivos

Conocer como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería la realización de la técnica del sondaje vesical.

Tener consciencia de las posibles complicaciones del sondaje vesical.

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

El sondaje vesical es pautado por el médico, realizado por el enfermero/a siempre con la colaboración del técnico/a de cuidados auxiliares de enfermería. El sondaje vesical puede estar indicado para:

- Facilitar la evacuación de la orina.
- Obtener una muestra de orina sin contaminación externa.
- Cuantificar el volumen de orina: Medir diuresis.
- Controlar la incontinencia urinaria.
- Administración de medicación intravesical (citostáticos, antisépticos, desinfectantes y astringentes como suero frío)
- Realizar lavados vesicales.
- Tratamiento postquirúrgico.

- Medir el volumen residual de orina.
- Identificar anomalías de uretra y cuello vesical.

Podemos diferenciar tres tipos de sondajes:

1.-Temporal: Son realizados para periodos cortos de tiempo generalmente son sondas de una vía, rectas y semirigidas.

2-Intermitente: Generalmente se usa una sonda corta y fina que sirve para descargar el contenido de la vejiga cuando es necesaria retirándose al finalizar.

3.- Permanente: En caso de sondajes duraderos.

Las sondas son tubos de distinto calibre y materiales como caucho, silicona, plástico, etc. Las más usadas son:

- Foley: son flexibles y presenta una punta redondeada. Pueden ser de dos o tres luces, una sirve para drenar la orina, otra para llenar el globo con agua estéril el globo sujetándola dentro de la vejiga y una tercera para irrigación de la vejiga. Vaciado vesical permanente.
- Pezzer: Semirigida, recta, de una sola luz con punta fungiforme, con dos o más orificios. Se inserta quirúrgicamente y se sutura a la piel para inmovilizarla. Se emplea en el drenaje vesical.
- Robinson: es rígida, de una sola luz, con punta rodeada, en cuya proximidad hay dos o mas orificios. Se usa en sondajes temporales.
- Sonda Tienamm: esta sonda dispone de dos vías, es curva y rígida y puede estar hecha de silicona o de poliuretano utilizada en pacientes prostáticos o vaciado dificultoso

La auxiliar de enfermería en el sondaje vesical colaborará con la enfermera para la realización de la técnica:

- Preparando al paciente.
- Facilitando el material a enfermería de forma estéril.
- Preparando el material: sonda adecuada al paciente, bolsa de diuresis, lubricante, antiséptico, guantes estériles y no estériles, pinzas de kocher, jeringa de 10cc, agua estéril, batea estéril.
- Recogiendo el material al finalizar la técnica.

Siempre ante cualquier procedimiento debemos explicarle al paciente con palabras que entienda lo que le vamos a realizar. Es muy importante mantener la intimidad del paciente lo máximo posible.

Como en toda técnica siempre debemos lavarnos las manos y tener preparado el material que vamos a necesitar con antelación. Si el paciente es mujer la colocaremos en posición ginecóloga y si es hombre lo colocaremos en decúbito supino. Realizaremos antes del sondaje el aseo genital y perineal del paciente. Debemos

preparar el equipo para el sondaje: abrir las bolsas de la sonda sin sacarla, el lubricante, las gasas estériles, pinzas y la batea esteril, clorhexidina.

Le pediremos al paciente que respire profundamente para que se relaje y así facilitar el sondaje. Le entregaremos al enfermero/a el material según lo vaya requiriendo. Después de sondado el paciente se conectará el tubo colector o la sonda a la bolsa de diuresis, esta siempre debe permanecer mas baja que el paciente, para ello la colocaremos en la cama en el soporte que tiene este fin. Nos aseguraremos de que no se formen acomodamientos o vueltas. Acomodaremos al paciente y recogeremos todo el material.

Las posibles complicaciones son:

- Creación de una falsa vía por traumatismo.
- Retención urinaria por obstrucción causada por acodamiento de la sonda, coágulos, moco o sedimentos de la orina.
- Infección urinaria ascendente por migración de bacterias a través de la luz de la sonda.
- Presencia de hematuria posterior al sondaje a causa de alguna pequeña herida provocada al realizar la técnica.
- UPP en la zona de inserción por una fijación incorrecta.

5 Discusión-Conclusión

Como auxiliares de enfermería hemos concluido que es muy importante nuestra labor en el sondaje debido a que colaboramos con enfermería a realizar la técnica. El auxiliar junto al enfermero deben intentar que el paciente se mantenga lo más tranquilo posible para ello le explicaremos la técnica que se le va a realizar. Además es de vital importancia facilitar su intimidad para que pueda sentirse más tranquilo. Conocer la técnica es importante, ya que ayudamos a mantener la asepsia para realizar el sondaje y conocemos la importancia de mantener la esterilidad. Los auxiliares de enfermería jugamos un papel importante, ya que durante el ejercicio de nuestras funciones como por ejemplo el aseo podemos observar diferentes complicaciones que debemos comunicar a enfermería.

Por todo esto es primordial que conozcamos las complicaciones que pueden provocar el sondaje. Al tener que preparar los materiales necesarios para poder realizar la técnica es necesario que conozcamos cuáles son y su utilidad.

6 Bibliografía

Ortiz Ortiz, J. (2018). Importancia de la higiene en el paciente encamado: Revisión bibliográfica.

Capítulo 147

EL ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁREA DE NEUMOLOGÍA Y PULMONOLOGÍA

ANGELA CLAUDIA NICOLAIESCU

1 Introducción

El aparato respiratorio sirve para conducir el oxígeno a la sangre y a los tejidos. Está compuesto por vías respiratorias como las fosas nasales que comunica el aparato respiratorio con el exterior; la boca; la faringe que es el conducto común para el aparato digestivo y el respiratorio ; laringe ; tráquea; bronquios y bronquiolos y los pulmones que son los órganos principales del aparato respiratorio. Los procesos respiratorios tienen varias fases como la ventilación que es cuando el aire se mueve hacia el interior y exterior de los pulmones (inspiración y espiración); perfusión cuando la sangre se oxigena en los pulmones llega hasta los tejidos y vuelve y transporte de los gases cuando el dióxido de carbono y oxígeno se fusiona a la hemoglobina y se disuelve en el plasma para llegar a las células. El centro respiratorio está localizado en la protuberancia cerebral controla las neuronas del bulbo raquídeo para que la ventilación sea rítmica. El control de la respiración es una forma muy buena para controlar el estrés. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería puede enseñarlo y probarlo con los pacientes. La ansiedad , nerviosismo y el estrés son signos y síntomas que pueden afectar la función respiratoria.

Los síntomas de una enfermedad respiratoria son la tos ,esputos,disnea,fiebre, edemas,cianosis ,dolor torácico, taquipnea y bradipnea.

2 Objetivos

El objetivo en una enfermedad respiratoria es valorar al paciente a través de signos y síntomas. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe saber realizar las pruebas diagnósticas en los pacientes respiratorios.

3 Metodología

Para la realización de esta investigación se han buscado información en revistas, libros, prácticas ,procedimientos y métodos usadas de otras personas que sirvieron de ayuda para llevar a cabo este proyecto.Las palabras clave para buscar han sido respiración, pulmones, oxígeno, neumología.

4 Resultados

Los resultados son que al paciente que tiene problemas respiratorios se tiene que revisar la historia clínica y hacer una exploración a las vías respiratorias.

Las pruebas diagnósticas son la gasometría arterial, hemorragia,radiografía de tórax,tomografía axial, gammagrafía pulmonar,toracentesis y broncoscopia.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería apoya al médico y enfermera para diagnósticas al paciente empezando tomar las constantes vitales,tomar la frecuencia cardíaca y respiratoria,tomar la temperatura y ver la saturación del oxígeno, también está colaborando con la enfermera a la realización de una monitorización por electrocardiograma.

Las patologías más frecuentes en enfermos respiratorios son rinitis,sinusitis,laringitis, bronquitis efígema pulmonar ,asma,bronquiectasia,insuficiencia respiratoria aguda,neumonía, edema pulmonar,carcinoma bronquial, pleuritis.

Los cuidados respiratorios que hace el técnico en cuidados auxiliares de enfermería junto al médico y enfermera son fisioterapia respiratoria enseñando al paciente los ejercicios respiratorios como utilizar el inspirometroque se utiliza para prevenir y tratar complicaciones pulmonare favoreciendo el drenaje de secreciones o el procedimiento de percusión u vibración y la oxigenoterapia que está indicada en las enfermedades respiratorias.

Los dispositivos para la administración del oxígeno en pacientes son las mascarillas se utilizan para administrar oxígeno de forma rápida durante cortos periodos de tiempo, gafas nasales se utilizan cuando el paciente debe respirar por la nariz, sonda nasal para administrar el oxígeno a través de una sonda nasofaringea y tiendas de oxígeno que se emplea para pacientes muy inquietos y niños.

Otros cuidados respiratorios son ventiloterapia y respiración artificial que se hace con respiradores de presión, de volumen o que actúan por ciclos de tiempo. En pacientes que tienen traqueostomía hay que aspirar secreciones bucofaringeas y traqueobronquiales y limpiar y cambiar la cánula de traqueostomía. Los cuidados de la traqueostomía los realiza la enfermera en colaboración con el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados a los enfermos respiratorios se deben llevar a cabo sin olvidar el estado psicológico del paciente que está muy sensible el técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene que empatizar con él y explicar cada procedimiento que se hace y responder a cualquier consulta que le haga.

Al paciente que está intubado debe facilitarle los medios necesarios para que pueda comunicarse, cuaderno, lápiz.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene que preparar el paciente, informar, explicar y preservar la intimidad y confidencialidad del paciente.

La paciencia, la tranquilidad y empatía son esenciales en el trato diario del técnico en cuidados auxiliares de enfermería con los pacientes.

6 Bibliografía

Revistamedica.com. ,estudios medicina.com. ,Pub Med, Madline, McGraw Hill educación

Capítulo 148

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

ESTER MORENO MORA

MARÍA DEL PRADO MOLINA CLEMENTE

ANA BELÉN FERNÁNDEZ RIVERA

ISABEL MATA ESCRIBANO

MARÍA ESTHER AGUILAR RUIZ

1 Introducción

Se entiende como urgencia a la situación que ha de resolverse de forma inmediata, necesitando una asistencia e intervención médica sanitaria en corto periodo de tiempo. Una urgencia no implica necesariamente riesgo en la vida del paciente, pero si no es atendida correctamente puede desencadenar en emergencia médica. La principal diferencia entre urgencia y emergencia, es que la emergencia si no es tratada de manera eficaz y rápida puede comprometer la vida de los pacientes, en una emergencia en la que se debe actuar lo antes posible con el fin de evitar agravar la situación.

Cuando una persona llega al servicio de urgencias hospitalarias, el personal sanitario aplica el sistema de Triage para poder valorar la gravedad, es un método

que califica la necesidad de atención a los pacientes, evaluando las prioridades de atención a los mismos. El triaje se suele realizar calificando por niveles o colores la necesidad de urgencia en la atención. La clasificación de triaje más usada es:

- Color Rojo - Nivel 1; Riesgo vital inmediato, el paciente requiere asistencia sanitaria y médica de forma inmediata.
- Color Naranja - Nivel 2; Emergencia, la atención sanitaria no debe demorarse más de diez minutos.
- Color Amarillo - Nivel 3; Urgencia, la atención médica deberá ser antes de los sesenta minutos.
- Color Verde – Nivel 4; Urgencia Menor, el tiempo de espera será máximo de dos horas.
- Color Azul – Nivel 5; Sin urgencia, puede esperar hasta cuatro horas.

2 Objetivos

- Identificar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de urgencias hospitalarias.
- Resaltar la importancia del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la colaboración con el resto de profesionales sanitarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sistemática de las diferentes revistas científico sanitarias haciendo especial atención en los artículos científicos más relevantes. Para ello se han consultado las principales bases de datos: Pubmed, Scielo, Medline. Las palabras clave utilizadas han sido: triaje, emergencia, urgencia, funciones del Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería.

4 Resultados

Las personas que acuden a un servicio de urgencias hospitalarias pueden presentar diferentes patologías y necesidades, por lo que es necesaria la existencia de un sistema de clasificación para poder distinguir la prioridad en la atención sanitaria, el equipo de enfermería es el encargado de aplicar dicha clasificación utilizando el sistema de triaje.

Cuando un paciente entra en urgencias, tiene que ir al servicio de admisión con su tarjeta sanitaria (si el paciente debido a su patología no puede ir a admisión, la tarjeta e información la podrán facilitar sus acompañantes, personal de ambulancias...)

Después de facilitar los datos personales se les derivará a la sala de espera, (si el paciente necesita ayuda inmediata se le llevará de forma inmediata al triaje), en el triaje será atendido por un enfermero/a y un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

Una vez triado se llevará al paciente al Box adecuado, donde el TCAE le ayudará a desvestirse si fuera necesario, proporcionándole ropa de cama y lo acomodará en la camilla, posteriormente ayudará en la toma de constantes.

En ese momento el equipo de urgencias valorará si el paciente es dependiente o no, identificando si necesita ayuda en la deambulación.

☒ Las funciones más relevantes desempeñadas por el Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería son:

☒ Ayudar en la movilización del paciente.

☒ Ayudarle a vestirse y desvestirse, proporcionando ropa de cama, siempre preservando su intimidad.

☒ Aseará al paciente si fuera necesario.

☒ Guardar su ropa y efectos personales en una bolsa debidamente sellada e identificada con los datos del paciente.

☒ Estará presente en la exploración por si el facultativo precisara su ayuda.

☒ Revisará los boxes que le correspondan, supervisando el material, y comprobando que los aparatos estén en buen estado.

☒ Se encargará de controlar la realización de las diferentes pruebas diagnósticas que el médico haya pautado.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones del Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería son muy diversa y variadas, por lo que es muy importante que tengan los conocimientos adecuados de los diferentes materiales y máquinas aparatos necesarios para la exploración y posterior diagnóstico del paciente, ya que en caso de emergencia se deberá actuar de la forma más eficaz y rápida posible, con el resto de profesionales del servicio. En un servicio urgencias se trabaja de una manera conjunta, es un equipo multidisciplinar con médicos, enfermeros, TCAE y celadores, dónde cada uno debe de saber cuáles son las funciones que debe desarrollar en cada momento.

6 Bibliografía

1. Ocronos R. Funciones del TCAE en el Servicio de Urgencias [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021 [citado el 8 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-tcae-servicio-urgencias/>
2. Medicos P. La importancia del TCAE en el servicio de Urgencias [Internet]. Revista-portalesmedicos.com. Revista Electrónica de Portales Medicos.com; 2013 [citado el 8 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/importancia-tcae-servicio-de-urgencias/>
3. Valdespina C. Cuáles son las principales funciones de un técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) [Internet]. El blog de Salusplay. 2020 [citado el 8 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.salusplay.com/blog/funciones-tecnico-auxiliar-cuidados-enfermeria/>

Capítulo 149

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DE UCI NEONATAL

M^a NIEVES CUTANDA GARCIA

NOHELIA ESTHER FERRUFINO ARRIAGA

FRANCISCA GOMEZ MARTINEZ

MERCY DEL ROCIO CHAVEZ ROMERO

YOLANDA SANTAELLA DIAZ

1 Introducción

La unidad de cuidados intensivos neonatales es muy amplia y está compuesto por un equipo multidisciplinar que atiende a los bebés con diferentes patologías o que han sufrido algún problema en el parto y necesitan asistencia y cuidador más precisos.

Dentro de la unidad de cuidados intensivos neonatales existen varios niveles, cuidados mínimos, cuidados medios y cuidados máximos.

En la zona de cuidado más y es donde están las incubadoras y los bebés con problemas más graves, como puede ser bebés de parto prematuro, con dificultades respiratorias, o que han sufrido algún contratiempo en el parto y es necesario vigilar su evolución, etc.

Existe un horario estricto y necesario para salvaguardar la tranquilidad y descanso de los bebés. Las madres pueden acceder cada tres horas para amamantar a los bebés recién nacidos, también existe una sala de lactancia en la que pueden utilizar sacaleches tanto como para estimular la subida como para guardar leche para las tomas en las que no puedan acudir.

Ya que muchas de las madres han sido dadas de alta pero los bebés siguen ingresados, por lo tanto las tomas de las noches se le suele dar la leche que se ha extraído la madre.

2 Objetivos

En este capítulo vamos a describir las funciones de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatales. La rutina de higiene y tomas de lactancia.

3 Metodología

Hemos visitado de verdad páginas en Internet con publicaciones sanitarias específicas en el tema a tratar. A través del buscador Google Académico y envases de datos como PubMed.

También contamos con experiencia propia laboral en el sistema sanitario de Castilla La Mancha, SESCOAM.

4 Resultados

El trabajo que desarrollan los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatales consiste en llevar a cabo la higiene del bebé, con baños y cambios de pañal, la alimentación, la limpieza de cunas e incubadoras, toma de temperatura, preparar las tomas de leche materna o de fórmula siguiendo las reivindicaciones de la enfermera o el pediatra.

Por las mañanas, se bañan a los bebés y se realiza el cuidado del cordón. Los bebés que se encuentran en cuidados máximos no siguen esta rutina. Suele haber una sala de baño acondicionada, o bien una especie de encimeras con piletas para poder bañar a los bebés. Los bebés no se sumergen en el agua, sino que debemos sostenerlo con una mano y limpiarla con una esponja dando toques por el cuerpo, el secado también lo haremos dándole toques con una toalla suave, sin arrastrar.

Debemos tener cuidado de no mojar los dispositivos o vías que puedan tener. El cuidado del cordón umbilical se realiza pasándole una cita con un suero y secándolo muy bien, dando toques.

Después le pondremos el pañal, con un poco de crema si la zona estuviera enrojecida, y lo vestiremos.

Después realizaremos el cambio de sábanas, en la cunas e incubadoras. Las cunas suelen quedar inclinadas para ayudar a la respiración de los bebés. Además son de plástico transparente, para facilitar la vigilancia de los bebés.

Este procedimiento se realiza antes de las tomas de la mañana y la visita del pediatra.

El pediatra suele dar información de la evolución de sus bebés a los padres todas las mañanas en una sala preparada para ello.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería preparada a los bebés para darle las tomas de biberón a los que tengan esta forma de alimentación, la toma puede ser con la leche materna o con leche de fórmula.

Actualmente, muchos de los hospitales no tienen bancos de leche materna donada, aunque cada vez se están implementando más, debido a los beneficios que tiene la leche materna para estos bebés.

Algunos bebés prematuros extremos no puede tomar biberón y tampoco son capaces de lactar, por ellos se les puede dar la toma con cucharita o con el vaso.

Cuando las madres acceden a la unidad para darles el pecho, debemos guiarlas y ayudarlas en las posturas más adecuadas para que no sufran grietas o dolor al amamantar.

Estas madres se encuentran en situaciones muy difíciles, ya que en su mayoría esperaban tener a su bebé consigo en la habitación de planta y deben asimilar esta nueva situación.

La leche tarda más en subir al no estar cerca del bebé y no poder hacer su piel con piel.

Por ello, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería debemos ser conscientes de esta situación y empatizar con las madres, teniendo paciencia con ellas.

5 Discusión-Conclusión

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales es una unidad muy especial, ya que alberga bebés con patologías que en algunos casos no se sabe cómo se irán desarrollando, me ves en partos de cesárea que han sufrido algún contratiempo, de bajo peso, etcétera. Esta situación es muy dramática para sus padres, que tienen que aceptar estar separados de sus bebés durante los primeros días de vida.

En muchos hospitales las madres que han sido separadas de sus bebés están en la misma planta que las madres que sí tienen a sus bebés, con lo cual están todo el tiempo escuchando a los otros bebés, lo que puede agravar la depresión postparto si la hubiera.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería tienen un papel muy importante de conexión entre las madres y padres con sus bebés, un ya que el tiempo que pasan en la oscuridad de cuidados intensivos neonatales, deben ayudarles a iniciar la lactancia y animar a practicar la piel, ya que se sabe que tiene muchos beneficios para los bebés.

6 Bibliografía

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8930939>

https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2018000200161&script=sci_arttext

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130239917300950>

Capítulo 150

TIPOS DE MOBBING ENTRE LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL

NURIA SANTOS FERNÁNDEZ

SORAIMA MARÍA HUERGO FERNÁNDEZ

PILAR LÓPEZ BRAÑA

ANGELA QUIROGA CASTELLANOS

DAVID SUÁREZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El acoso laboral o mobbing es un fenómeno ampliamente tratado por muchos investigadores desde principio de los años 80. La definición de esta situación no parece ser muy unánime, pero existe una unificación de criterios y factores que pueden definir este conflicto laboral.

Con referencia a la definición que la Organización Mundial de la Salud hace, se entiende como “incidentes donde el personal es maltratado, amenazado o agredido en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluyendo el trayecto de ida y vuelta al lugar de trabajo, implicando un desafío explícito o implícito en su seguridad, bienestar o salud”.

Esta definición hace referencia a una situación de maltrato a un trabajador con relación a su puesto de trabajo, por parte de uno o varios compañeros de trabajo. Más que un daño físico, se trata sobre todo de una agresión psicológica, que se inicia con pequeñas actuaciones que en principio no parecen lesivas, pero con

la repetición incontrolada e intencionada de las mismas acaba haciendo un daño psicológico al profesional que las sufre.

En el sector sanitario, donde la competencia profesional es muy alta, hay un buen caldo de cultivo para la aparición de situaciones conflictivas como el mobbing entre compañeros de trabajo. La presión por la obtención de los mejores resultados, la obtención de una plaza indefinida en sector sanitario, la lucha por participar en las gestiones de las unidades o plantas, la competencia en la investigación, etc., muestran cada vez más, una progresiva situación de trabajo donde el fenómeno del mobbing está muy presente y muy creciente.

2 Objetivos

El principal objetivo de nuestro trabajo es identificar los diferentes tipos de mobbing o acoso laboral entre el personal de los hospitales.

3 Metodología

Para la realización de este estudio se ejecuta una búsqueda documental de trabajos y estudios relacionados con el mobbing en el entorno hospitalario en bases de datos de páginas especializadas de internet como Pubmed, Medline, Schielo, Cochrane, para una posterior revisión y obtención de la información necesaria para cubrir este trabajo.

Las palabras claves utilizadas para obtener estos documentos científicos fueron: mobbing, acoso psicológico, personal hospitalario.

El periodo de búsqueda se realizó durante los meses de junio23 y julio23, y se limitó el periodo de publicaciones al intervalo comprendido entre los años 2000 y 2022.

En la primera de recolección de documentos se localizaron 18 trabajos, a los cuales se les aplicaron unos criterios de inclusión/exclusión previamente configurados, quedando después de este filtro unos 8 estudios válidos para esta investigación.

4 Resultados

La literatura internacional consultada evidencia un alto índice de acoso laboral en el entorno laboral hospitalario. Describe a este colectivo profesional como altamente vulnerable. Aspectos como la complejidad de la dinámica hospitalaria,

las escasas y deficientes condiciones organizacionales de trabajo, y en muchas ocasiones la permisividad de las instituciones sanitarias en casos de actuaciones y conductas hostiles, la propia competitividad profesional, etc., son una importante base y fuente para la aparición de situación de acoso laboral. Ya varios autores habían alertado al principio de los años 80 del incremento de estas situaciones de mobbing en el entorno hospitalario.

En esta revisión documental se observó que existen diferentes términos o expresiones para reflejar esta situación de acoso laboral, así según el país del investigador que lo relate encontramos los términos de mobbing, workplace bullying, conflicto en el lugar de trabajo, etc., pero, la expresión más acertada es la de acoso psicológico en el trabajo, es la que refleja con más claridad el intenso y continuo desgaste psicológico padecido por el profesional que sufre el asedio y agresión. En muchas ocasiones se utiliza erróneamente la palabra mobbing para señalar situaciones de estrés laboral, disputas o mala relaciones entre compañeros, pero el mobbing es mucho más, es una agresión, aunque a veces parece benigna, continuada en el tiempo que produce muchos daños psicológicos en la persona que lo sufre.

Los principales investigadores y estudiosos clasifican principalmente el mobbing en función del nivel jerárquico del acosador con respecto a la víctima, así nos podemos encontrar con acoso ascendente (cuando una persona de nivel jerárquico superior sufre agresiones por parte de uno o varios de sus subordinados), acoso horizontal (cuando un profesional es asediado por un colega del mismo nivel jerárquico), y acoso descendente (hace referencia a aquel en el que la persona que tiene poder y autoridad asedia a su subordinado). Este último tipo de acoso laboral suele ser el más habitual y frecuente en el sector sanitario, de este modo el acosador asedia la esfera psicológica del trabajador que lo sufre para lograr de este modo mantener su posición jerárquica.

En estudios más recientes se identificó a un cuarto tipo de mobbing, que se clasifica como intraprofesional, en el que no se valora el nivel jerárquico de los implicados, sino su pertenencia a un mismo colectivo.

5 Discusión-Conclusión

El mobbing no es nuevo en las organizaciones profesionales, y muchos autores lo llevan describiendo desde principio de los años 80.

Las organizaciones sanitarias por su sistema de gestión son un excelente caldo de cultivo para la aparición de situaciones como las de acoso laboral. La intensa competitividad, la organización por categorías, etc., son muy favorecedoras de

situaciones de acoso psicológico en el entorno hospitalario.

El mobbing o acoso laboral se clasifica preferentemente según los estudiosos según el nivel jerárquico en el entorno laboral de la persona o personas que ejercen la presión psicológica sobre la víctima. Así podemos observar un acoso ascendente donde el agredido es de un nivel superior, un acoso horizontal donde tanto el acosador como el agredido son del mismo nivel laboral, y también existe y es el más habitual, el acoso descendente donde los superiores jerárquicos presionan a los subordinados, muchas veces para mantener su estatus de superioridad, y otras veces para obtener favor de todos tipos, a cambio.

Lo más preocupante de estas situaciones de agresión entre compañeros es la poca intención e involucración de las organizaciones en la resolución de estas situaciones, que terminan creciendo hasta límites irreversibles y de las cuales, al final, todos sacan algún provecho, salvo la persona sufridora, que muchas veces termina dejando la organización.

6 Bibliografía

Bernat Jiménez, A., y Caso Pita, C. (2010). Metodología de desarrollo de un procedimiento para la resolución de conflictos y acoso psicológico. *Med Segur Trab*, 56(219), 124-131

Cano-Langreo, M., Cicirello-Salas, S., López López, A., y Aguilar Vela, M. (2014). Marco actual del suicidio e ideas suicidas en personal sanitario. *Med Segur Trab*, 60(234), 198-218.

Cifuentes Hernández, V., y De cabo Laso, A. (2018). Mobbing entre personal de enfermería. *Rev. Enferm. CyL*. Vol 10, nº2.

De Miguel Barrado, V. (2016). El acoso laboral como factor determinante en la productividad empresarial: caso español. *Perspectivas*, núm.38, 25-44.

Domínguez Fernández, J.M., Padilla Segura, I., Domínguez Fernández, J., Martínez Bagur, M.L., Ortega Martín, G., García Espejo, M., y Moreno Valera, A.B. (2012). Acoso laboral en trabajadores de la salud de Ceuta. *Med Segur Trab*, 58(227) 117-127.

Einarsen, S., y Johan Hauge, L. (2006). Antecedentes y consecuencias del acoso psicológico en el trabajo: una revisión de la literatura. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, vol.22, núm.3, 251-273.

Fuentes Valdivieso, R. (2008). Mobbing: manifestaciones corporales al vivir un proceso de acoso laboral. *Revista Neurología, Neurociencia, y Psiquiatría*.41(1), 13-20.

González Campos, M., Castañeda Velázquez, H. y Medina Carrillo, L. (2012). Asociación de mobbing y autopercepción de riesgo en salud mental en personal sanitario. Waxapa, vol.2, nº 7.

Capítulo 151

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON EL PACIENTE PEDIÁTRICO. LA ACTIVIDAD DEL TCAE DURANTE LA HIGIENE DEL CORDÓN UMBILICAL

MIRIAM PARIENTE GONZÁLEZ

CARMEN CÁRDENAS LARA

GEMA ILLESCAS

ROSA CARO GARCÍA

1 Introducción

Los recién nacidos reciben los primeros cuidados en el servicio de paritorio por parte de los médicos especializados en pediatría cuando el parto se ha realizado con complicaciones para el bebé. Por el contrario, si el parto se ha realizado con normalidad, los primeros cuidados serán realizados en la planta de tocología, puesto que la primera actuación del bebe tiene que ser estar en contacto piel con piel con su madre, para favorecer el apego madre- hijo.

La primera higiene realizada a un paciente recién nacido es cuando ha abandonado el servicio de paritorio y ha subido a la planta de tocología con su madre. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería recibe al recién nacido en la planta de tocología para realizarle los primeros cuidados. Estos cuidados consisten en:

- Realizar un primer aseo para retirar las sustancias del interior de la placenta que se ha adherido superficialmente a la piel del recién nacido.
- Realizar el primer pesaje del recién nacido.
- Realizar el primer tallaje del recién nacido.
- Colocar un pañal.
- Vestir al bebe con un body del centro sanitario, un gorro y unas manoplas para que no se arañe con esas uñas tan finas que tienen los recién nacidos.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante los cuidados del paciente pediátrico.
- Detallar los cuidados del cordón umbilical antes de desprenderse.
- Detallar los cuidados después del desprendimiento del cordón umbilical.

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 aseo diario del recién nacido estará determinado por el cordón umbilical, realizando unas actuaciones u otras si se ha desprendido o no.

Aseo del recién nacido antes de desprenderse el cordón umbilical.

- El aseo diario del recién nacido durante la primera semana será superficial, puesto que todavía no se ha desprendido el cordón umbilical y puede surgir una infección a la altura de la herida umbilical.
- Realizar un aseo diario del cordón umbilical después del baño del recién nacido. Se debe mantener el cordón umbilical limpio y seco en todo momento, por lo que se realizará la cura de la herida del cordón cada vez que se manche o se moje.
- La cura del cordón umbilical será realizada como una herida normal, para lo cual se utilizará: un antiséptico (clorhexidina o alcohol al 70°) y una gasa estéril para tapar la herida umbilical.

- La utilización de la povidona yodada esta contraindicada, puesto que puede afectar a la función del tiroides si es absorbida por el RN.

Existen numerosos estudios y profesionales pediátricos que recomiendan la cura de la herida con agua y jabón neutro, sin necesidad de utilizar antisépticos específicos para la prevención de infecciones del cordón umbilical.

Aseo del recién nacido una vez desprendido el cordón umbilical.

- El aseo diario del recién nacido podrá realizarse con normalidad, al haberse desprendido el cordón umbilical, para ello se sumergirá completamente al recién nacido en una bañera con una temperatura del agua de 37°C.
- La duración del aseo diario será entre 5 y 10 minutos.
- Se utilizará un jabón neutro y agua abundante.
- Se utilizará una esponja natural para no arañar la piel del recién nacido.
- Controlar la sensibilidad de la piel del recién nacido durante el aseo diario, comprobando la aparición de irritación, granitos, erupciones, manchas...
- Cortar las uñas de manos y pies, si fuese necesario, para lo cual se utilizará unas tijeras de punta roma, para evitar la creación de heridas con unas tijeras de punta.
- Hidratar la piel del recién nacido con una crema hidratante para bebés.
- Limpiar los oídos del recién nacido.
- Limpiar las fosas nasales utilizando suero fisiológico y gasas estériles.
- Vestir al recién nacido con un body y ropa cómoda.

La colocación del recién nacido en la cuna es una cuestión muy debatida por los profesionales, puesto que unos indican que se coloquen al menor boca abajo con la cabeza ladeada y otros indican que se coloquen al menor en posición de decúbito supino con la cabeza ladeada, siendo la última la más utilizada en las plantas de tocología en la actualidad.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) con el paciente pediátrico. La actividad del TCAE durante la higiene del cordón umbilical” nos demuestra las actividades realizadas durante el aseo diario del recién nacido, mostrando especial atención si el cordón umbilical se ha desprendido para evitar una posible infección de la herida umbilical.

Por otro lado, el personal sanitario, ya sea el equipo de enfermería o el técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberán indicar y enseñar a los padres del

bebé a realizarle los primeros cuidados, especialmente los cuidados relacionados con la higiene diaria del bebé y con las pautas alimentarias en cada toma.

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 152

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE FARMACIA. FUNCIONES DEL TCAE EN RELACIÓN CON EL ÁREA DE FARMACIA ASIGNADA

CARMEN CÁRDENAS LARA

GEMA ILLESCAS

ROSA CARO GARCÍA

MIRIAM PARIENTE GONZÁLEZ

1 Introducción

El servicio de farmacia de un centro hospitalario se encargará de administrar medicación oral, enteral y parental a los pacientes ingresados en el área de hospitalización y en el servicio de urgencias. Del mismo modo, se ocupará de administrar medicación a los pacientes ambulantes a través de las consultas externas de farmacia del hospital de día oncológico y a través de las consultas externas generales.

Aquellas farmacias hospitalarias a las que se encuentren asignados los centros de salud, consultorios y residencias públicas o concertadas de la provincia, deberán

administrar medicación a través de unos albaranes solicitando la medicación para estos centros sanitarios.

Los celadores serán los encargados de preparar los sueros fisiológicos de estos centros sanitarios, mientras que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería serán los encargados de preparar la medicación solicitada por los centros sanitarios, mientras que el traslado de esta medicación desde el servicio de farmacia del centro hospitalario al resto de instituciones sanitarias será realizado por el personal subalterno encargado del traslado externo de material sanitario, medicación y documentación clínica.

Dentro del servicio de farmacia de un centro hospitalario existirán varias áreas de trabajo encargadas de una función en concreto dentro de la administración de medicación al resto de servicios o centros sanitarios.

2 Objetivos

- Conocer la definición de un servicio de farmacia de un centro sanitario, así como su principal cometido.
- Enumerar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería dependiendo del área del servicio de farmacia donde realiza su actividad profesional.

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 farmacia se encontrará dividido en varias áreas de trabajo en las cuales se desarrollará la función de administrar medicación, pero con la característica del servicio o la institución a la cual se administra la medicación.

La existencia de unas áreas de trabajo dependerá de la propia organización del servicio hospitalario, pudiendo variar de un servicio de salud a otro, incluso de un centro hospitalario a otro.

Áreas que conforman el servicio de farmacia.

- Puerta.
- Consultas externas.
- Área de hospitalización.
- Centros sanitarios externos
- Unidosis.
- Pyxis.

Funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería dependiendo del área de trabajo.

- Puerta.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encargará de administrar la medicación a los diferentes servicios hospitalarios a través de las siguientes vías: o Medicación de reposición, a través del fuera de turno. Es un sistema de reposición de medicación en la cual el equipo de enfermería solicita la medicación necesaria a través de un programa informático dentro de unas horas establecidas por la dirección del centro sanitario.

La persona encargada de trasladar dicha medicación será el celador asignado al servicio de farmacia. o Medicación urgente solicitada telefónicamente o través del botiquín.

La persona encargada de trasladar dicha medicación será el celador asignado al servicio peticionario. o Vales de medicación con autorización médica. Esta medicación será dispensada por los farmacéuticos, puesto que se trata de psicotrópicos y estupefacientes.

La persona encargada de trasladar dicha medicación será el celador asignado al servicio peticionario.

- Consultas externas.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encargará de administrar la medicación a los pacientes ambulantés. Para la administración de la medicación el paciente deberá entregar: el volante emitido por el médico y la tarjeta sanitaria.

- Área de hospitalización.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encargará de administrar la medicación a los diferentes servicios hospitalarios a través de un albarán solicitado semanalmente.

La persona encargada de trasladar dicha medicación será el celador asignado al servicio de farmacia.

- Centros sanitarios externos

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encargará de administrar la medicación a los diferentes centros sanitarios externos a través de un albarán solicitado semanalmente.

La persona encargada de trasladar dicha medicación será el celador asignado al traslado externo de medicación.

- Unidosis.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encargará de administrar la medicación a las diferentes plantas de hospitalización a través de unos carros de unidosis. Estos carros de unidosis contendrán la medicación individualizada de cada paciente ingresado.

La persona encargada de trasladar dicha medicación será el celador asignado al servicio peticionario.

- Pyxis.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encargará de administrar la medicación a servicios específicos como: unidad de cuidados intensivos, bloque quirúrgico y servicio de urgencias.

La persona encargada de trasladar dicha medicación será el propio técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el servicio de farmacia. Funciones del TCAE en relación con el área de farmacia asignada” nos demuestra el funcionamiento del servicio de farmacia en relación con la categoría de técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

Sin embargo, es de vital importancia destacar que en la actualidad el personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería no debería realizar dichas funciones en relación con la dispensación de medicación, puesto que existe una categoría profesional sanitaria preparada académicamente exclusivamente para este cometido, los técnicos auxiliares de farmacia. A pesar de ello, dicha categoría especializada en la dispensación de medicación no desarrolla su actividad profesional en la mayoría de los centros sanitarios, hecho que debería cambiar en un futuro cercano para un correcto funcionamiento del servicio de farmacia.

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 153

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS. FUNCIONES DEL TCAE CON EL PACIENTE INGRESADO EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS

CARMEN CÁRDENAS LARA

GEMA ILLESCAS

ROSA CARO GARCÍA

MIRIAM PARIENTE GONZÁLEZ

1 Introducción

Dentro del servicio de urgencias se encuentra la unidad de observación de pacientes. Se entiende como sala de observación de urgencias la localización física dentro del servicio de urgencias donde son ubicados aquellos pacientes que requieren de una observación por parte del equipo médico y por el equipo de enfermería con la finalidad de ver la evolución de su enfermedad.

El ingreso de los pacientes que acuden al servicio de urgencias en esta área es debido a las siguientes causas:

- La observación de la evolución del paciente con el paso de unas horas.
- La realización de más pruebas exploratorias para la determinación de un diagnóstico clínico.
- La espera del resultado de analíticas, cultivos y pruebas realizadas.

La estancia del paciente en esta área de urgencias estará determinada por el resultado de las pruebas realizadas, pudiendo ser dado de alta o ingresado en una planta de hospitalización para la realización de más pruebas diagnósticas.

Los pacientes pueden permanecer en observación entre 24 a 72 horas, por lo que el área de observación del servicio de urgencias es un servicio asistencial en el cual la actividad es continuada durante las 24 horas de los 365 días del año, por lo que es necesario la creación de diferentes turnos de trabajo para el personal sanitario.

2 Objetivos

- Aclarar la funcionalidad del área de observación del servicio de urgencias.
- Conocer los motivos por los cuales los pacientes son ingresados en las salas de observación del servicio de urgencia.
- Detallar las funciones realizadas por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la sala de observación de urgencias.

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 profesionales que intervienen en el área de observación del servicio de urgencias estará determinado por el número de camas que conformen dicho servicio, puesto que de este número de camas dependerá el número de profesionales. Los equipos de trabajo en el área de observación de urgencias estarán for-

mados por un enfermero y por un técnico en cuidados auxiliares de enfermería, pudiendo llevar cada equipo de trabajo entre 3 a 6 pacientes. Los equipos de trabajo se complementarán con la actuación de un celador que será compartido por todos los equipos.

Funciones realizadas por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el área de observación de urgencias.

- Recibir del compañero que sale de la guardia el parte de todos los pacientes, o leer las anotaciones apuntadas en las historias clínicas de los pacientes
- Tomar la temperatura del paciente y anotarlas en el plan de cuidados para que quede registrado en su historia clínica.
- Preparar el material necesario para la realización de sus funciones con el paciente: o Material de aseo. o Ropa de cama o lencería para el paciente. o Carros de trabajo. o Carros de ropa sucia.
- Cambiar las bolsas de los carros de ropa sucia y colocar bolsas vacías.
- Reponer los almacenes del material sanitario.
- Colocar el almacén de sueros fisiológicos.
- Ayudar al equipo de enfermería durante las curas de los pacientes. Se encargará de proporcionar al enfermero el material sanitario utilizado durante las curas, facilitando el trabajo del enfermero al tener preparado todo el material sanitario.
- Ayudar al equipo médico durante la exploración de los pacientes.

Funciones realizadas por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en con el paciente el área de observación de urgencias.

- Recibir al paciente que va a ser ingresado en la unidad. Para ello dispondrá junto al celador la cama, el transfer, el oxígeno, el material de aseo para el paciente, la ropa de la institución sanitaria, etc.
- Solicitar las dietas a cocina, repartir las comidas y dar de comer a aquellos pacientes dependientes.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el área de observación del servicio de urgencias. Funciones del TCAE con el paciente ingresado en el área de la observación de urgencias” nos demuestra en primer lugar el funcionamiento de un área tan importante como es la zona de observación de urgencias, puesto que permite la descongestión del servicio general de urgencias y de las plantas de hospitalización.

En segundo lugar, nos muestra las funciones realizadas por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en dicho servicio, siendo muy importante el conocimiento de cada una de estas funciones para que puedan ser realizadas sin interrupciones y garantizando la comodidad, tranquilidad y seguridad del paciente durante todo el proceso.

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 154

PACIENTE CON QUEMADURAS

JOSÉ FRANCISCO REQUENA CANO

JAIME PONCE ALFARO

RAQUEL SÁNCHEZ GARCIA

FRANCISCO JOSÉ RUIZ-CORNEJO MORENO

MARIA CORTES MOLINA TORRALBA

1 Introducción

Las quemaduras son lesiones de los tejidos provocadas por el calor interno. La energía térmica se transmite de varias formas por radiación, productos químicos o comunicación eléctrica. Los mecanismos de producción más habituales en nuestro entorno son las llamas y los líquidos calientes, que dañan principalmente la piel, pero también pueden afectar a órganos más profundos (pulmones, corazón, riñones, etc.).

Las quemaduras se clasifican de la siguiente manera:

1. Según el agente causal:

- Quemaduras térmicas: cualquier fuente de calor (llama abierta o fuego, líquido o sólido caliente) es causada por debido a que está tan profundo en el cuerpo, que causa la muerte celular y la coagulación u horneado de proteínas. La extensión y la profundidad de las quemaduras dependen de la cantidad de energía transferida desde la fuente de calor.

- Radiación: Generalmente causada por una exposición prolongada a la luz solar. Ultravioleta, luz solar y otras fuentes artificiales de radiación (como las de las lámparas de bronceado, la dermatitis por radiación de la radioterapia, los láseres y otras radiaciones ionizantes).
- Productos químicos: Se producen líquidos, sólidos o gases de origen ácido o básico (alcalino). Ambos causan necrosis tisular, que puede ser profunda y duradera.
- Electricidad: generada por procesos exotérmicos, que puede alcanzar los 5000°C. Las quemaduras eléctricas a menudo afectan la piel y el tejido subyacente porque la mayor parte de la resistencia eléctrica es donde el conductor entra en contacto con la piel. Puede ser de cualquier tamaño y profundidad. Gradualmente se desarrolla necrosis, formando una úlcera por presión. Por lo general, esto es más grave y afecta estructuras más profundas. Herida primaria (herida de iceberg). Principalmente descargas eléctricas.

La corriente alterna puede causar parálisis respiratoria inmediata, fibrilación ventricular o ambas.

2. Según la profundidad de la lesión:

- Epidermis (primer grado): quemadura solar.
- Piel (segundo grado): agua caliente, fuego. Suele aparecer lejía.

Estas se dividen en quemaduras cutáneas superficiales y profundas.

- Subcutáneas (tercer grado): se dividen en quemaduras subcutáneas superficiales (no duelen porque se dañan las terminaciones nerviosas) y quemaduras subcutáneas profundas (se dañan músculos, tendones e incluso huesos).

3. Según esa extensión, utiliza las reglas de Wallace 9.

2 Objetivos

- Destacar la importancia de la atención a los pacientes con quemaduras.
- Acentuar la importancia del correcto manejo de las quemaduras.
- Describir el papel de la enfermería en el tratamiento de las quemaduras.
- Resaltar la actuación en las quemaduras en tiempos de pandemia.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda exhaustiva en diversas bases de datos, con el objetivo de recopilar la mayor información posible disponible. Se utilizaron unos 5 artículos, todos ellos consultados en bases de datos como Dialnet, Scielo y Pubmed. En Google Académico también se realizó una búsqueda.

Palabras clave: Atención en quemaduras, paciente con quemaduras, tratamiento quemaduras, dolor en quemaduras. Con estos términos se han combinado con los operadores booleanos AND y OR para concretar la búsqueda.

4 Resultados

Atención al Paciente Quemado

Extrahospitalario:

- Velar por la seguridad ambiental. Separar las cajas de luz, abrir las ventanas, evitar las toxinas, etc.
- Cubrir con una manta o usar agua u otro líquido extintor para extinguir las llamas y controlar los patógenos.
- Detener la quemadura quitándose la ropa (no quitar la ropa si está demasiado cerca de la piel) y los anillos, y enjuagar el área quemada con agua corriente a temperatura ambiente durante 15 minutos.
- Envolver al paciente en una sábana o toalla limpia y llevarlo al centro médico más cercano para recibir tratamiento.

Refrigeración de la herida

La principal preocupación después de un accidente es eliminar los efectos nocivos de los patógenos para detener su actividad. Enfriar la quemadura limita el

tamaño y la profundidad de la herida y reduce la inflamación y el dolor.

Limpiador de quemaduras

Usar solo agua limpia o solución salina con un detergente suave para limpiar quemaduras menores. Los antisépticos como la clorhexidina pueden interferir con el proceso de curación, así que utilícelos solo si existe un alto riesgo de contaminación y necesita lavarse después. Los cambios de vendaje consecutivos se deben enjuagar con agua a 30-32 °C o solución salina solo para eliminar el exudado residual o el ungüento anterior, y se deben aplicar vendajes nuevos según sea necesario.

Tratamiento de ampollas y epitelio necrótico

- Si se rompe una ampolla, se debe extirpar el tejido necrótico.
- Si las ampollas no se rompen, el líquido está turbio o se rompe con facilidad (p. ej., articulaciones), o si la piel es delgada y estirada, deben esterilizarse.
- Las ampollas intactas pequeñas (menos de 6 mm) con líquido claro y piel gruesa deben permanecer intactas.

Tratamiento de quemaduras

El objetivo principal es reducir el crecimiento de microorganismos, prevenir posibles infecciones y acelerar la destrucción del epitelio.

Analgésicos

A menudo se necesitan analgésicos para aliviar el dolor de las quemaduras.

Los analgésicos más comunes para quemaduras menores son paracetamol, ibuprofeno y metamizol. Las inyecciones subcutáneas de clorhidrato de morfina se pueden usar para quemaduras profundas de segundo grado.

Quemaduras especiales

Quemaduras eléctricas

La gravedad depende de la corriente, voltaje, resistencia, tipo de corriente, du-

ración y distancia. Todas se consideran quemaduras graves, excepto los daños localizados por corrientes eléctricas de bajo nivel.

Químicos

El tratamiento principal es un lavado con solución salina tibia (30-60 minutos) que neutralizará y eliminará las ampollas. El agua activará la cal viva, así que cepille las quemaduras de cal viva antes de lavar.

Por frío

La misma clasificación se utiliza para otras quemaduras. El tratamiento consiste en reanudar el tratamiento después de que la condición del paciente se haya estabilizado en un estado de hipotermia. Para quemaduras localizadas, remojar durante 20 minutos a 37°C.

Por inhalación

Una vía aérea permeable es esencial, especialmente en casos graves y altamente sospechosos, como insuficiencia respiratoria, quemaduras en la boca, fuego, humo y rastros de flema oscura y carbón en las membranas mucosas asociadas con el calor de vapor interior. o inhalación de sustancias tóxicas.

5 Discusión-Conclusión

Durante esta pandemia, se debe priorizar a los pacientes que necesitan atención médica por quemaduras. Los trabajadores de la salud deben contar con equipo de protección personal adecuado para su trabajo, con las precauciones típicas para trabajar con pacientes quemados.

Todas estas recomendaciones están sujetas a cambios o ajustes por cada hospital en función de sus necesidades, personal disponible y equipo. El uso de la telemedicina durante esta pandemia es fundamental para vincular los servicios de telemedicina para la asistencia médica, el diagnóstico y el tratamiento, pero sobre todo para comunicarse con el público y las familias.

El examen y la evaluación iniciales de los pacientes quemados deben basarse en métricas objetivas, la priorización de las quemaduras y el hecho de que la infección por SARS-CoV.2 es susceptible a la infección independientemente del "clima del coronavirus", teniendo en cuenta que un extra siempre representa un

riesgo.

La experiencia con esta situación impulsará en el futuro la creación de protocolos que permitan abordar situaciones similares de una forma mejor y más estructurada.

6 Bibliografía

1. Bueno Fernández C, Vergara Olivares JM, Buform Galiana A, Rodriguez Serrano C. "Atención al paciente con quemaduras". Medynet. 2020:1-38.
2. Manrique Martínez I, Angelats Romero C.M. "Abordaje de las quemaduras en Atención Primaria". Pediatr Integral. 2019; XXIII (2): 81-89.
3. Jiménez Serrano R, García Fernández F.P. "Manejo de las quemaduras de primer y segundo grado en atención primaria". Helcos. 2018; 29(1): 45-51.
4. Carrillo ER, Melgar BRE, Jacinto FSA, et al. "Atención del paciente quemado en "tiempos de COVID-19"". Med Crit. 2022; 36 (2):107-111.
5. Miranda Altamirano A. "Uso de apósitos en quemaduras". Cir. plást. iberolatinoam. 2020; 46 (Supl 1): 31-38.

Capítulo 155

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PACIENTES ANTE CRISIS EPILÉPTICAS Y CONVULSIVAS

GEORGINA FERNÁNDEZ MIRALBELL

MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ

MARIA JOSÉ CRUZ BARATO

LAURA GARCIA NAVARRO

PAULA GARCÍA MARTÍNEZ

1 Introducción

Denominamos convulsiones a las manifestaciones clínicas e involuntarias que se producen por una descarga anormal y excesiva de una población neuronal del córtex cerebral, de manera que la repetición de estos episodios de manera espontánea deriva en lo que conocemos como epilepsia. Las convulsiones presentan las siguientes alteraciones, entre otras: bajo estado de ánimo, pérdida de conciencia, pérdida del control de esfínteres, así como alteraciones de los sentidos, etc. Todo ello variará en función de la parte del cerebro donde comienza la alteración y cómo se propaga. La epilepsia es una enfermedad cerebral no transmisible crónica que predispone a que se produzcan crisis epilépticas recurrentes y

transitorias, ya que aparecen de forma repentina y brusca, con un intervalo medio de duración que oscila entre 2 y 3 minutos. Si llegase a superar los 30 minutos o supusiera tener varios episodios encadenados sin recuperación de la conciencia entre las crisis, estaríamos hablando de un estado (estatus) epiléptico, tratándose de una emergencia neurológica que necesita asistencia médica inmediata.

La función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería consiste en generar buenas prácticas en el cuidado y atención del estatus epiléptico, garantizando así la seguridad del paciente, por lo que ayudará a que el paciente pueda tenderse en la camilla girándolo hacia un lado para así evitar la aspiración de vómitos o saliva, observando las constantes vitales, aflojándole la ropa que pueda oprimirle, etc. Por lo tanto, deben estar debidamente capacitados y saber mantener la calma ante estas crisis. Los cambios inducidos por las convulsiones incluyen depresión, pérdida del conocimiento, pérdida del control de esfínteres y cambios en la sensibilidad. Todo esto depende de en qué lugar del cerebro comience el trastorno y cómo se propague. La epilepsia es una enfermedad cerebral crónica no transmisible en la que los ataques epilépticos ocurren repentinamente y tienen una duración promedio de 2 a 3 minutos, lo que hace que los ataques epilépticos recurrentes sean más probables. Si dura más de 30 minutos, o si hay varios episodios consecutivos de inconsciencia entre crisis, es una condición epiléptica, una emergencia neurológica que requiere atención médica urgente.

2 Objetivos

Describir el concepto de epilepsia y convulsiones y sus principales características.

Resaltar las funciones que realiza el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en estos casos.

3 Metodología

Para la elaboración de este estudio se realizó una encuesta consistente en una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica existente y una búsqueda de libros y artículos en las principales bases de datos (Pubmed, Medline, Scielo). Una selección de artículos científicos de revistas arbitradas.

4 Resultados

Las convulsiones son cambios sensoriales, motores o psicológicos con o sin pérdida del conocimiento que aumentan el riesgo de trauma, quemaduras, ahogamiento, depresión o ansiedad y muerte prematura en estos pacientes. Además, la frecuencia también varía, ya que puede ocurrir una vez al año o varias veces al día. Además, hay varias causas posibles que explican esto.

1. Congénitas: trastornos metabólicos congénitos, tumores cerebrales, malformaciones vasculares, anomalías, síndromes cromosómicos neurocutáneos, anoxia del parto, miopatía congénita, etc.

2. Hereditario: Por predisposición genética a favorecer la aparición.

3. Adquirida: Asociada principalmente con la esclerosis del hipocampo, pero también con toxinas como el alcohol y otras drogas, trastornos metabólicos, traumatismos, hemorragia cerebral, infecciones del sistema nervioso central y enfermedades degenerativas como la demencia. Estos dos bloques:

1. Generalizada: movimientos espasmódicos descoordinados de las extremidades, pérdida del control de esfínteres, alteración de la conciencia, pérdida de la conciencia, mordedura de lengua o hematomas en los labios, boca espumosa, taquicardia e hipertensión. Normalmente 1 o 2 minutos.

2. Parciales:

- Parciales Simples: Sin cambios en el nivel de conciencia.

- Parciales Complejos: Acompañados de Niveles y alterados de Conciencia.

- Subformulario generalizado secundario.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería establece procedimientos de actuación en caso de estas crisis.

- Coloque al paciente de lado para evitar la aspiración a los bronquios, acuéstelo boca arriba y luego inclínelo hacia un lado con la cabeza apoyada en un brazo. y piernas libremente dobladas.

- Siempre que sea posible: Vigilar signos vitales y saturación de oxígeno.

- Tenga cuidado de no golpearse o lastimarse. Pero no intente mover algo suave debajo de tu cabeza.

- Quitar dentaduras postizas u objetos extraños alojados en la boca, desabotonar ropa ajustada y quitarse artículos personales como anteojos y corbatas para garantizar una permeabilidad adecuada de las vías respiratorias.

- Una vez hecho todo, dejar reposar y comprobar posibles lesiones o impactos. Como parte de su misión, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería reconoce que las siguientes acciones no se pueden realizar durante un ataque epiléptico:

1. No le des agua, comida o medicinas, ni siquiera para calmarlo, o durante un largo período de tiempo después, ya que los cambios temporales en el cerebro pueden promover el vómito y la broncoaspiración.

2. No intentes calmar a la otra persona.

3. No pongas nada en tu boca. La distensión de la mandíbula puede hacer que los objetos se rompan y se traguen, permaneciendo en las vías respiratorias y promoviendo la obstrucción. Además, existe el riesgo de romperse el diente o lesionarse.

La función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería desarrolla las mejores prácticas de cuidado y atención a pacientes con epilepsia para garantizar la seguridad del paciente, ayudando a los pacientes a acostarse de lado en una camilla, evitando aspirar saliva vomitada y monitoreando los signos vitales para observar. Por lo tanto, deben tener una formación adecuada y saber mantener la calma frente a estas crisis.

5 Discusión-Conclusión

La epilepsia es un trastorno neurológico caracterizado por la aparición de dos o más crisis que pueden provocar lesiones, pérdida del conocimiento, accidentes, pérdida del control de esfínteres y, en algunos casos, la muerte. Hoy sabemos que sus causas pueden ser hereditarias, congénitas o adquiridas. El papel de los TCAE es fundamental, ya que tanto los servicios de atención primaria como los de urgencias atienden de forma rutinaria a este tipo de pacientes con estas patologías. Por lo tanto, debe comprender los procedimientos básicos para el manejo de las convulsiones y el estado epiléptico, mantener informados a los demás miembros del equipo médico sobre los procedimientos, ayudar a aflojar la ropa, colocarse de lado y controlar la situación lo más rápido posible.

6 Bibliografía

- 1.<http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v35n2/0120->
- 2.<https://revistamedica.com/guia-practica-tcaes-crisis-epilepticas/>.
- 3.<http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v35n2/0120->

Capítulo 156

EL ESTREÑIMIENTO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): ENEMAS

GEORGINA FERNÁNDEZ MIRALBELL

MARIA JOSÉ CRUZ BARATO

PAULA GARCÍA MARTÍNEZ

LAURA GARCIA NAVARRO

MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ

1 Introducción

Cuando el paciente ingresa en planta, se produce una pérdida parcial de autonomía y cambios en la actividad del ritmo digestivo y en la función digestiva. El estreñimiento es la condición en la cual el paciente tiene menos de 3 deposiciones por semana. Las heces son duras, secas, difíciles o dolorosas y dejan a la persona con la sensación de que no ha tenido una evacuación completa. Se puede hablar de estreñimiento crónico que ya padecía el paciente antes del ingreso, o de estreñimiento agudo o regular en este momento de la estancia hospitalaria. El estreñimiento crónico puede ser causado por condiciones médicas como trastornos neurológicos, cáncer de colon y cáncer de recto. También hay ciertos factores de

riesgo que pueden aumentar esta aflicción de estreñimiento. Por ello, es importante conocer la patología del paciente y su tendencia al estreñimiento. Las posibles complicaciones de esta afección incluyen fisuras anales y hemorroides. Los trabajadores de la salud son un factor importante en el manejo de esta condición en pacientes hospitalizados, porque ya no pueden realizar las mismas funciones y actividades que antes de la hospitalización. Si un paciente tiene estreñimiento se recomienda que coma cereales ricos en fibra. Las verduras también le pueden aportar fibra a su alimentación. Algunas verduras ricas en fibra son los espárragos, el brócoli, el maíz, la calabaza y las patatas (con cáscara). Las ensaladas hechas con lechuga, espinaca y repollo también ayudan.

2 Objetivos

Determinar qué pasos pueden tomar los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería para manejar adecuadamente el estreñimiento en pacientes hospitalizados.

3 Metodología

Se realizó una revisión de publicaciones y evidencias basadas en guías de Internet, artículos y textos. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Scielo y Cochrane. Contiene textos y artículos que describen los tipos de atención que necesitan los pacientes cuando tratan el estreñimiento. Palabras clave: heces, estreñimiento, incontinencia fecal, enema.

4 Resultados

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deben tener cuidado durante la hospitalización para evitar síntomas de estreñimiento y ayudar a los pacientes con enfermedades crónicas según sea necesario, además deben controlar la ingesta de alimentos mientras están en el hospital. Para ello, solicita una dieta adecuada a la condición médica del paciente. Las revisiones de ingesta se realizan tanto a nivel de nutrientes como de hidratación. Una ingesta de líquidos de alrededor de 1,5 litros es importante para este último aspecto. Su dieta debe incluir alimentos ricos en fibra, tipos de verduras y frutas. Reduzca su consumo de alimentos procesados y ricos en grasas.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería que tratan el estreñimiento también deben ayudar a los pacientes a caminar y trasladarse correctamente a

una silla con inodoro o al baño. Evite la inmovilidad a menos que lo indique un médico general.

Los medicamentos también pueden afectar la función digestiva, por lo que ciertos medicamentos se usan con laxantes, probióticos o enemas de evacuación para prevenir el estreñimiento.

El manejo del estrés para pacientes hospitalizados también se puede considerar, ya que el paciente se encuentra en una situación diferente a la que tenía antes.

Para pacientes inconscientes, los trabajadores de la salud deben planificar previamente la evacuación de estos pacientes con enemas de evacuación continua para evitar el estreñimiento.

En casos de estreñimiento severo, los proveedores de salud deben discutir con el médico la realización de pruebas diagnósticas para descartar íleo paralítico, etc.

Nuestra revisión incluye artículos que ayudan a educar sobre esto y a comprender cómo se debe realizar el manejo hospitalario para pacientes que pueden experimentar estreñimiento durante toda su hospitalización en el hospital.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales de la salud pueden ser responsables de tratar el estreñimiento y prevenir su aparición. Como se señaló en nuestros hallazgos y en el resto de los temas de revisión, la hidratación y una dieta que incluya ciertas fibras, vegetales y frutas son importantes. Ayudar a promover la deambulación y evitar la inmovilidad también es una tarea importante para los trabajadores de la salud y se ha demostrado que ayuda a prevenir complicaciones. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería de la sala necesita capacitación en el tratamiento y manejo más adecuado de los pacientes que son propensos al estreñimiento.

6 Bibliografía

1-www.revistamedica.com

2-www.google.com

Capítulo 157

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: FUNCIONES

GEORGINA FERNÁNDEZ MIRALBELL

LAURA GARCIA NAVARRO

MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ

MARIA JOSÉ CRUZ BARATO

PAULA GARCÍA MARTÍNEZ

1 Introducción

Cuando trabajamos en lo relacionado en la salud, debemos ser completamente conscientes de lo que constituye una emergencia de salud y el protocolo adecuado a seguir. Cuando nos referimos a una emergencia de salud, nos referimos a cualquier problema de cualquier causa y/o gravedad que surge inesperadamente en cualquier entorno o actividad y requiere que la persona que lo experimenta preste atención inmediata.

Debemos distinguir entre los términos "urgencia sanitaria" y "emergencia sanitaria", ya que esta última se produce cuando el estado de la persona en cuestión

podría empeorar si no se recibe asistencia externa. Por lo tanto, podemos concluir que el potencial de muerte en una emergencia es la distinción clave entre urgencia y emergencia.

El trabajo en equipo es esencial para el éxito del trabajo del servicio de urgencias, y todos los involucrados deben tener claras sus respectivas responsabilidades.

Las funciones de un Técnico en Auxiliares de Enfermería varían mucho según el centro en el que se desempeñe, pero se puede decir que en el servicio de urgencias es donde más se emplearán casi todos los conocimientos adquiridos.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en urgencias debe trabajar siempre con respeto a la intimidad de los pacientes.

2 Objetivos

Familiarizarse con el tipo de tareas que debe realizar el TCAE en el servicio de urgencias de un hospital.

3 Metodología

El desarrollo del trabajo actual ha sido ayudado por una investigación exhaustiva y una revisión bibliográfica sistemática del cuerpo de literatura científica publicada. Se utilizaron Pubmed, Medline, Scielo y Google Scholar para buscar artículos con el fin de seleccionar artículos científicos de publicaciones académicas examinadas.

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe tener los conocimientos suficientes para poder brindar atención a cualquier tipo de paciente y cualquier tipo de enfermedad, desde la menos grave hasta la de especial gravedad, debido a la variedad de motivos por los que los pacientes acuden a urgencias. Las funciones del auxiliar de enfermería en la sala de emergencias se describen en la siguiente lista:

- En la medida de lo posible, el técnico debe informar a los pacientes y familiares sobre el funcionamiento de los servicios de urgencias y disipar cualquier confusión que puedan tener.
- Siempre que se considere necesario, asistir a todos los pacientes en la toma de los medicamentos adecuados, el cuidado de su alimentación y el mantenimiento

de su higiene personal.

- Informar al paciente de las tareas que llevará consigo el médico mientras lo transporta, inmovilizándolo si es necesario.
- Ayudar al personal de enfermería en todo lo que necesiten, como la colocación de sondas vesicales, la entrega de sillas de ruedas motorizadas a los pacientes o la administración de medicamentos.
- Mantener el equipo del área de emergencia limpio y esterilizado.
- Lavar al paciente y reemplazar los absorbentes si es necesario.
- Asistir al paciente si se enferma en cualquier momento.
- Si enfermería le delega electrocardiogramas, los realizará.

Al ser el miembro del personal más cercano al paciente, es ideal que el técnico en cuidados auxiliar de enfermería proyecte una conducta confiable y tranquila. Una buena forma de humanizar el servicio es cuidar la relación asistente-paciente.

Por último, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en urgencias debe trabajar siempre con respeto a la intimidad de los pacientes y guardar en todo momento el secreto profesional.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, repasamos brevemente las principales funciones que debe realizar el técnico auxiliar de cuidados de enfermería en el servicio de urgencias:

- Llevar al paciente y prepararlo para la inspección y evaluación.
- Proteger las posesiones y bienes del paciente.
- Revisar los signos vitales.
- Asistir al individuo en la administración de alimentos, medicamentos e higiene.
- Compilar los registros necesarios y seguir los procedimientos de solicitud.
- Ser precavido y limpio al usar el equipo hospitalario.
- Entrega de muestras de esputo, orina y desechos corporales al laboratorio.
- Mantener en buen orden de los boxes y equipos del servicio de emergencia y urgencia.

6 Bibliografía

- 1.- El papel que juega el TCAE en los servicios de emergencia. Revista electrónica médica Portales Médicos 2013.
- 2.- La atención del auxiliar de enfermería en urgencias en su conjunto.

Capítulo 158

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS CUIDADO A PACIENTES EN SITUACIÓN TERMINAL. PALIATIVOS Y DECESOS

FRANCISCA GOMEZ MARTINEZ

M^a NIEVES CUTANDA GARCIA

NOHELIA ESTHER FERRUFINO ARRIAGA

MERCY DEL ROCIO CHAVEZ ROMERO

YOLANDA SANTAELLA DIAZ

1 Introducción

El concepto de mi paciente terminal surge en pacientes con cáncer en fase avanzada, más tarde este entendido al grupo de pacientes con enfermedades que tienen características similares.

Cuando hablamos de que un paciente está en fase terminal, estamos haciendo referencia a la situación en la que se encuentra el paciente con respecto a la fase de su enfermedad, no a la enfermedad que parece.

Las enfermedades que se encuentran en fase terminal que no tienen tratamiento de cura como capacidad para retrasar la evolución de la enfermedad. Por ello, se espera la muerte de un paciente en un tiempo guardián, generalmente inferior a 6 meses.

El estado de la enfermedad es progresivo y conlleva un gran sufrimiento físico y emocional tanto del paciente como de la familia.

El objetivo en situaciones terminales ya no es el curado, sino el de cuidar al paciente, dandoarle la mayor calidad de vida posible hasta que fallezca.

Los cuidados paliativos tampoco se encargan de alargar la vida, sino que respetan los tiempos sin alargarlo bien padecimiento.

En los cuidados paliativos se reconocen y tratan los síntomas con el fin del dolor físico que produce el paciente.

También pueden recibir apoyo emocional tanto a un paciente como su familia, mediante un equipo terapéutico.

Los cuidados paliativos se intentan integrar a la familia en los cuidados que necesita el paciente.

Las enfermedades que se engloban en motivos de ingreso en esta unidad son insuficiencias orgánicas avanzadas, como pueden ser la insuficiencia respiratoria, cardíacas, hepáticas, renales, etcétera,

Enfermedades degenerativas del sistema nervioso central, demencia, Parkinson, ictus, ELA...

También podemos englobar en pacientes paliativos los pacientes geriátricos multipatológicos terminales, pacientes con SIDA...

2 Objetivos

- Dar a conocer los cuidados paliativos, a explicar qué son, la influencia que puede llegar a tener en la familia y en el paciente.
- Describir las funciones que desarrolla el técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante el paciente de Cuidados Paliativos.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo hemos estado visitando páginas web con información sanitaria a través de Google Académico.

También visitado bases de datos, como PubMed, en la profe te encuentran un artículo publicado por sanitarios con la información referente al tema tratado.

Además, contamos con nuestra propia experiencia en el sistema sanitario de Castilla-La Mancha. SESCOAM

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe buscar el bienestar del paciente siguiendo las indicaciones médicas y del equipo de enfermería, ya que el objetivo principal de todo el proceso asistencial será mejorar su calidad de vida, sin alargar la vida, hizo sufrimiento de pacientes y sus familiares, mejorar su autonomía...

El paciente y su familia están considerados una unidad, dando atención a las necesidades físicas, las psicológicas y espirituales.

El tener con cuidados auxiliares enfermería debe aplicar la escucha activa, ser empático, expresándolo con gestos o con contacto físico si el paciente lo requiere.

El duelo que es un proceso por el cual pasaron las personas de la perspectiva de la muerte. Tiene cinco fases, aunque no todas las personas pasan por toda la fase.

Las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería son muy variadas.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe realizar cambios posturales siguiendo las indicaciones del médico o de la enfermedad graduada para evitar las úlceras por presión.

Debe arroparlo convenientemente, el paciente siente frío e incluso puede temblar. Extremar los cuidados de higiene personal. Prestando especial atención a la boca, ya que la mucosa es reseca.

Las fosas nasales, que deben ser limpiadas y humedecidas con una torunda de algodón con glicerina.

Los genitales deben ser limpiadores frecuentemente, puesto que las pacientes suelen prestar incontinencia.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe ser consciente de sus limitaciones en cuanto a responder preguntas de los familiares sobre el estado de salud o evolución de los pacientes. Ya que ese tipo de cuestiones debe responderlas el médico encargado, normalmente, suele ser un internista, puesto que los pacientes en estado paliativos pueden tener múltiples patologías, el médico internista es capaz de integrar la información del resto de especialistas.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en cuanto a pacientes en paliativos se limitan a cuidar, no a curar, ya que los pacientes que llegan a estas fases ya no tienen un tratamiento capaz de curar.

Las familias de los pacientes en esta fase, así como el propio paciente, han de pasar por un duelo de 5 fases, aunque no todas las personas pasan por las 5 fases: negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

El TCAE, además de cuidar a los pacientes, debe intentar integrar a los familiares en estos cuidados, enseñándoles por ejemplo, a llevar a cabo la higiene personal del paciente o la alimentación.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/atencion-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-proceso-del-duelo/>
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200018

Capítulo 159

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL CUIDADO A LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

SILVIA JOVER SABARIEGOS

MARIA MERCEDES BONALES LÓPEZ

JENNIFER PEREZ HERRERA

ELENA GÓMEZ PALOMO

ROCIO ROJO MERCHAN

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) van junto a la inmovilidad de una persona derivada por una enfermedad, accidente o por una edad avanzada, las personas que pasan mucho tiempo en cama tienen el riesgo de sufrir UPP, pero sobre todo en personas mayores, ya que su circulación de la sangre no trabaja o funciona de la misma manera que en gente más joven, aunque no solo aparecen las UPP por culpa de la inmovilidad también por otras enfermedades como lo son la diabetes, la incontinencia, infecciones, pérdida de peso.

Los síntomas que puede derivar una UPP son infección, mucho dolor, fiebre, retraso en su recuperación, aumento de la mortalidad, etc.

Las UPP suelen aparecer cuando el paciente está apoyado sobre un mismo punto de apoyo de su cuerpo, las UPP son zonas del cuerpo que causan una lesión, y normalmente son formadas donde los huesos están más cerca de la piel, como por ejemplo son los talones, las caderas, los hombros o los tobillos.

Nosotros como TCAE tenemos un papel muy importante para evitar la aparición de las UPP como mantener una buena higiene de la piel de nuestros pacientes, buena hidratación, una buena alimentación alta en nutrientes y proteínas y sin olvidarnos de realizar los cambios posturales cada dos horas para evitar puntos de apoyo durante mucho tiempo.

Existen varios estadios que vamos a explicar a continuación más detalladamente: Estadio I, Estadio II, Estadio III y Estadio IV.

2 Objetivos

-Describir el papel del TCAE en el cuidado de las UPP.

3 Metodología

El porcentaje de plagio en su trabajo es demasiado alto como para que pueda ser aceptado. Además, podría suponer un problema legal para usted y el resto de autores. Su trabajo puede contener como máximo un 45% de contenido plagado. Tiene un nuevo intento para mandar el trabajo, pero si se repite de nuevo quedaría fuera de la publicación por intento repetido de plagio. Puede comprobar usted mismo el plagio con la siguiente página web online: <https://copyleaks.com/>

4 Resultados

Con nuestros objetivos totalmente claros y como bien hemos mencionado antes, las UPP son lesiones en la piel que se caracterizan por la muerte de tejidos que lo deriva a una mala circulación de la sangre, aparecen en los puntos de apoyo de los pacientes como los hombros, talones, caderas, codos etc.

Se deben a una falta de oxígeno en la piel y una falta de nutrientes, existen diferentes estadios y los explicaré un poco más:

Estadio I: Enrojecimiento de la piel, no debería cambiar el color de la piel y afecta a la epidermis sin existir ningún tipo de dolor.

Estadio II: Se pierde un poco de grosor de la piel y afecta a la epidermis y a la dermis, piel enrojecida y agrietada.

Estadio IV: Se pierde el grosor de la piel totalmente, el tejido necrótico comienza a hacer daño al músculo.

Quando realicemos el aseo debemos secar muy bien la piel para evitar que en los pliegues se creen este tipo de heridas y una vez que esté completamente seco se echará la crema hidratante y realizaremos el cambio postural cada dos horas, nos ayudaremos de almohadas, cuñas, cojines etc.

Está comprobado que las UPP afectan a un 9,1% a pacientes que están atendidos en sus hogares, un 8,91% a pacientes ingresados en hospitales y un 10,9% a los pacientes que residen en residencias de mayores.

En conclusión, como TCAE debemos seguir el protocolo de actuación para la prevención de UPP, nunca olvidarnos de los cambios posturales, ya que un paciente en una misma posición muchas horas es muy propenso a que aparezcan, una buena higiene corporal y una buena hidratación tanto corporal como oral.

También debemos escuchar a nuestros pacientes y saber si sienten dolor o si se encuentran mal por si hubiese alguna herida interna o algún tipo de infección derivada de una UPP.

- <https://revistamedica.com/ulceras-por-presion-cuidados-prevencion-tcae/>
- <https://revistamedica.com/ulceras-por-presion-tecnico-auxiliar-de-enfermeria-tcae/#::text=La%20actuaci%C3%B3n%20del%20T%C3%A9cnico>

20Auxiliar%20de%20Enfermer%C3%ADa%20en, ULCERAS%20...%206%
20Conclusiones%20...%207%20Bibliograf%C3%ADa%20

Capítulo 160

EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA

CRISTINA CENCERRADO RUIZ

MIRIAM ABAD LÓPEZ

LAURA ZARZA AVILA

FELICIDAD MEZCUA LOPEZ

SILVIA ELENA ARCUS

1 Introducción

Según la OMS, la atención primaria es el primer nivel de asistencia al usuario del sistema sanitario, siendo el primer contacto del paciente con el facultativo del centro de salud. Este facultativo será siempre el mismo para el paciente, por este motivo, será su médico de familia, quien llevará toda la historia del mismo en el contexto de la atención primaria.

El centro de salud realiza sus funciones bajo el mando del coordinador del centro, quien es el máximo responsable del mismo, tanto, en el aspecto económico, estructural, organización, como en el aspecto humano, es decir, del coordinador depende todo el equipo profesional sanitario y no sanitario del centro de salud, enfermeras, médicos, auxiliares administrativos, celadores, TCAE, etc.

El centro de salud, en cuanto, a recursos de todo tipo e integración, está adherido a un centro hospitalario, su hospital de referencia, y ambos, junto con otros centros de salud y consultorios locales, constituyen la llamada gerencia integrada del centro hospitalario.

En el centro de salud se ofrecen casi todos los servicios sanitarios, consultas médicas, consultas de enfermería, consulta de matrona, consulta de pediatría, consulta de higienista dental, despacho del trabajador social, departamento de veterinarios, etc., todos aunados en unos objetivos comunes, la atención al usuario y la promoción y formación de la salud.

2 Objetivos

- Explicar qué es la atención primaria de salud y su funcionalidad.
- Enumerar las funciones que el TCAE realiza en un centro de salud de atención primaria de salud.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha tenido en cuenta numerosas búsquedas de información en diversas fuentes científico técnicas, así como la lectura de diversos epígrafes y capítulos de libros científicos. Además, se ha consultado diversas fuentes bibliográficas y webgráficas en buscadores como: Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet.

4 Resultados

Entre las funciones del TCAE en el centro de salud cabe destacar las siguientes:

- Prepara, organiza y clasifica los volantes de las analíticas y muestras biológicas. El centro de salud comienza su jornada con las analíticas de sangre y la entrega de las muestras biológicas. El TCAE, el día anterior, ha preparado todos los volantes de dichas analíticas, paciente a paciente, ha colocado los tubos de extracción necesarios en cada uno de ellos, para que la enfermería se encargue de la extracción. Una vez terminada la extracción y la entrega de muestras, el TCAE, ordena los tubos y envases de muestras, y los coloca en bateas que serán introducidas en neveras en frío, hasta su recogida por el servicio de extracciones para su traslado al laboratorio del centro hospitalario de referencia para su posterior análisis e informe.

-Colabora con la enfermería en las curas, aerosoles e inyectables. En el centro de salud, cada enfermera tiene un horario de curas y aerosoles para los pacientes de su cupo, es decir, para los pacientes que tiene en su agenda. El TCAE, prepara en la sala de aerosoles las mascarillas con las sustancias indicadas por la enfermera, así como, tiene abastecimiento de mascarillas nasales y gafas de oxígeno en la sala. En la sala de curas, el TCAE tiene provisto los apósitos, tiras y pomadas necesarias para la realización de las curas de los pacientes recurrentes.

-Realiza el pedido del almacén y repone las diferentes salas y consultas. El TCAE es el encargado de contar los suministros del almacén del centro de salud, para, en el caso debido, realizar el pedido al almacén general del centro hospitalario de referencias. El pedido es colocado en sus respectivos lugares y ubicaciones por el TCAE, para una búsqueda rápida y sencilla de los materiales que se necesitan en las diferentes consultas y salas, que las repondrá del material que falta diariamente.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha observado en los resultados del este capítulo, las funciones del TCAE son muchas y variadas. El TCAE es el responsable de los volantes de las analíticas y de las muestras biológicas, y debe prestar especial cuidado en el etiquetado de tubos y envases, para no inferir en la inexactitud de la analítica con su paciente correspondiente.

Es un trabajo, el que realiza el TCAE en el centro de salud, muy distinto al realizado en el centro sanitario, más tranquilo y sosegado, por ello, estos destinos en los centros de atención primaria son los preferidos por el TCAE cuando le faltan pocos años para su jubilación.

6 Bibliografía

1. El trabajo del auxiliar de enfermería en la atención primaria. Disponible en: <https://congresosicepa.com>
2. El auxiliar de enfermería en atención primaria. Disponible en: <https://revistamedica.com>
3. Auxiliar de enfermería en atención primaria. Disponible en: <https://www.topforamcion.es>

Capítulo 161

EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN

CRISTINA CENCERRADO RUIZ

MIRIAM ABAD LÓPEZ

LAURA ZARZA AVILA

FELICIDAD MEZCUA LOPEZ

SILVIA ELENA ARCUS

1 Introducción

El servicio de esterilización del centro hospitalario se encarga de todo lo concerniente a la esterilización de los materiales utilizados en muchos de los servicios y unidades hospitalarias del propio centro, siendo un servicio donde el volumen de carga de trabajo es superior.

En el servicio de esterilización se encargan de eliminar las bacterias, virus, y otros agentes patógenos, del material utilizado en operaciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, pruebas regenerativas y en cualquier servicio que sea necesario la esterilización de sus materiales.

Entre estos servicios se encuentran los quirófanos, que diariamente, envían el material no desechable, a esterilizar al servicio. El servicio de paritorio es otro

de los servicios que se sirve del servicio de esterilización, cuando realizan los partos instrumentales o las cesáreas de las parturientas. Rayos, CMA, pruebas especiales de digestivo, pruebas especiales de cardiología, son también servicios que necesitan de la labor del servicio de esterilización.

En general, casi todas las unidades y servicios que componen el centro hospitalario, necesita algún tipo de material del servicio de esterilización, paños fenestrados, paños verdes, gasas esterilizadas, etc.

En toda esta amalgama de material demandado, se encuentra el TCAE, que desarrolla su labor en el servicio de esterilización, junto a sus compañeros, pues el servicio se compone solamente del profesional TCAE.

2 Objetivos

- Conocer el funcionamiento del servicio de esterilización.
- Describir las funciones y el trabajo que realiza el TCAE en el servicio de esterilización.

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

Como se ha señalado en la introducción, son muchas las unidades y servicios que usan y necesitan del servicio de esterilización. El TCAE en el servicio, excepto, para el tiempo del desayuno, pues el servicio funciona solamente en turno de mañana, no descansa ni un momento.

Por los montacargas internos, baja diariamente, el instrumental utilizado en las intervenciones quirúrgicas para su esterilización. El TCAE en el servicio de esterilización, clasifica cada instrumento, pinzas, cocher, sierras, martillos, acoples, etc., y los envía al autoclave, con la señalización correspondiente del servicio de procedencia. Una vez este instrumental es esterilizado, el TCAE, lo envía, por el

mismo medio del montacargas interno, al servicio de quirófano, donde sus compañeros, TCAE, lo clasifican y los colocan en sus estantes correspondientes.

De este modo, el TCAE, coloca, clasifica y envía, todo el material e instrumental de los demás servicios, paritorio, cma, pruebas especiales, o si en el caso de instrumental delicado, envía la llamada telefónica para su recogida en persona.

Estas funciones del TCAE en esterilización son realizadas en el interior del servicio, porque el servicio tiene un mostrador, que funciona desde las ocho de la mañana hasta las tres de la tarde, donde se recogen todos los instrumentos y material, que generalmente son llevados por los celadores, de los distintos servicios. Una vez recogido el material en el mostrador, el TCAE, pide la firma del celador en las hojas de entrega de material, indicando el tipo de material y la cantidad entregada. Para su recogida, en la hoja de salida, será necesario que el TCAE entregue también la hoja de entrada, para que el instrumental esterilizado sea el mismo.

Cada día, el TCAE, también envuelve los paños esterilizados de uso en variados servicios, con papel aséptico y con guantes, en estas tareas siempre debe llevar guantes, anotando en el envase la fecha de la misma y la fecha de caducidad, pues, estos paños tienen una fecha para tal efecto.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE en el servicio de esterilización tiene que tener una formación amplia en los tiempos y manejos de las máquinas usadas para la esterilización, así como guardar las medidas sanitarias, dependiendo de la ubicación dentro del servicio, de uso de guantes, y en algunos casos de gorro, bata y mascarilla.

No hay que olvidar que todo el material e instrumental esterilizado se volverá a utilizar en las intervenciones quirúrgicas de pacientes o en pruebas diagnósticas de los mismos, en donde se van a introducir esos mismos instrumentos.

El servicio de esterilización obliga al TCAE a tener cierta formación complementaria en los nombres de los instrumentos utilizados en las diferentes unidades o servicios del centro hospitalario, pues, son muchos y variados, y cualquier pérdida de instrumental supondría para el servicio una demora en sus objetivos planteados.

6 Bibliografía

1. Funciones del TCAE en el servicio de esterilización. Disponible en: <https://revistamedica.com>

2. El papel del TCAE en el servicio de esterilización. Disponible en: <https://revistamedica.com>
3. Unidad central de esterilización y funciones del TCAE. Disponible en: <https://revistadeinvestigación.com>

Capítulo 162

EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE PARITORIO

CRISTINA CENCERRADO RUIZ

MIRIAM ABAD LÓPEZ

LAURA ZARZA AVILA

FELICIDAD MEZCUA LOPEZ

SILVIA ELENA ARCUS

1 Introducción

El servicio de paritorio del centro hospitalario es uno de los servicios más agradecidos del mismo por su funcionalidad y sus objetivos, de llevar a buen término los embarazos de la mujer gestante.

El servicio de paritorio comprende del mismo modo las consultas de urgencias ginecológicas, que atiende a las gestantes procedentes del servicio de las urgencias hospitalarias o de las gestantes ingresadas en la planta de ginecología.

El paritorio, en cuanto a su estructura, se compone de salas de dilataciones, donde las embarazadas son ubicadas cuando las contracciones son indicativas de un inminente parto. Además, tiene también las salas de los puerperios, que son salas

donde la reciente y nueva mamá, junto con el bebé, son atendidas después del parto para observar la evolución de ambos.

No se podía olvidar en la composición del servicio de paritorio la sala de partos, donde el potro, es decir, el mecanismo donde se sitúa la mujer embarazada para dar a luz, es el protagonista, junto con la sala de los primeros cuidados del recién nacido, donde se pesa, se aspira las secreciones que tenga y donde se le realiza un pH para controlar su estado de oxígeno en sangre.

En el servicio de paritorio los profesionales que trabajan en el mismo está compuesto por matronas, ginecólogos, celadores y TCAE.

2 Objetivos

- Describir la organización y estructura del servicio de paritorio.
- Conocer las tareas que realiza el TCAE del servicio de paritorio.

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 en otras fuentes consultadas.

4 Resultados

En el servicio de paritorio las funciones del TCAE son muy variadas y distintas, dependiendo de la sala donde esté ubicada la paciente. En las salas de las dilataciones, el TCAE coloca a la misma, en la cama de la sala, y a indicación de la matrona, le coloca, las correas con electrodos para el control de la madre y del feto. Esta sala, como su nombre indica, es para cuando el estado de la dilatación del cuello uterino avanza regularmente, y se prevé el parto seguidamente. Cuando la mujer abandona la sala de la dilatación, por los motivos, que fuesen, puede ir a planta o a la sala de partos, el TCAE, informa al servicio de limpieza del centro hospitalario que acuda a limpiar dicha sala, tras lo cual, el TCAE, viste la cama con las sabanas limpias y las deja preparada para una nueva paciente. En esta sala de dilatación es donde el anestesista pone a las embarazadas la anestesia epidural, y el TCAE lo acompaña para ello, abriendo los el kit de anestesia en

un campo estéril sobre una mesita, y colaborando con el especialista en todo lo que le demande durante la inyección.

En la sala de parto, el TCAE, colabora en la colocación de la embarazada en la subida al potro, y le coloca las piernas en las perneras, las cuales son sujetadas por correas durante el parto. En esta sala, el TCAE, se queda colaborando durante el mismo, con la matrona, ofreciendo todo lo que la misma demande, sea instrumental o gasas, papeles o cualquier material.

En la sala del puerperio, una vez realizado el parto, el TCAE, está continuamente entrando y saliendo de la misma, observando la evolución de la madre y del bebé, y dando cuenta del mismo a la matrona.

5 Discusión-Conclusión

La labor del TCAE en el servicio de paritorio es muy variada, desde las que realiza en la sala de partos, hasta que la nueva mamá se marcha a la planta de ginecología. Este servicio tiene la categoría de especial, sin embargo, no existe una normativa o bolsa de trabajo que contemple tal carácter, por lo que se hace el trabajo desarrollado en el servicio de paritorio, cuando entra personal nuevo, en una formación del mismo, por el TCAE del servicio, rápida y atenuante.

Esta observación se realiza porque un servicio que se trabaja a veces al segundo y que necesita, en ocasiones, actuaciones rápidas y eficaces, el personal que entra de nuevo en el mismo, hasta que no lleva más tiempo, es casi un estorbo.

6 Bibliografía

1. Funciones del Tcae en el servicio de paritorio. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. Actividad del Tcae en partos. Disponible en: <https://revistamedica.com>
3. El auxiliar de enfermería en paritorios. Disponible en: <https://www.fp-santagama.es>

Capítulo 163

ELECTROCARDIOGRAMA A PACIENTES ENCAMADOS Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

CATALINA POVEDA RUBIO

MARIA JULIANA BURILLO TOMAS

CARLOS SEVILLA MARTÍNEZ

ARMANDO MARTÍN AMBROSIO

MARIA DE LA CRUZ MARTÍNEZ MARÍN

1 Introducción

En la actualidad la prueba o técnica de diagnóstico del electrocardiograma es muy realizada para muchas patologías.

En 1872, Alexander Muirh, en el hospital de San Bartolomé de Londres, fue el primer inventor, por así llamarlo, del electrocardiograma, pero no lo demostró así.

En un paciente con fiebre, con un fin de obtener los datos de su corazón, colocó alambres en la muñeca de este y obtuvo los latidos del corazón. Durante los años

siguientes y en continuidad de este descubrimiento, se siguió avanzando, hasta que el primer electrocardiograma fue en el año 1911 conocida como máquina de Einthoven en donde demostró su valor en el diagnóstico. En la actualidad es uno de los más métodos empleados para el diagnóstico de un paciente.

El electrocardiograma, como su nombre indica, se puede definir como el principal método de electrofisiología cardíaca y como función principal en el cribado y diagnóstico de las enfermedades cardiovasculares, alteraciones metabólicas y la predisposición a una muerte súbita cardíaca.

Por ello es muy importante conocer su funcionamiento y como se realiza la técnica correcta.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) será uno de los profesionales que realicen esta técnica no invasiva y delegada de un facultativo para el diagnóstico del paciente.

2 Objetivos

Dar a conocer el tipo de conocimientos que debe tener un técnico en cuidados auxiliares de enfermería para realizar un electrocardiograma con una técnica correcta a un paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente en las bases de datos de Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, que permiten conocer qué tipo de cuidados o manejo puede tener el TCAE en la realización de un electrocardiograma.

Palabras clave: corazón, cuidados, diagnóstico, electrocardiograma.

4 Resultados

La revisión bibliográfica ha incluido artículos, en los cuales se indica qué técnica debe emplear el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) para realizar un electrocardiograma con fines diagnósticos.

El TCAE antes de realizar la prueba diagnóstica deberá estar familiarizado con la máquina con la que se va a realizar el electrocardiograma y, previamente a

colocar los electrodos, es muy importante explicar al paciente lo que se le va a realizar para evitar ser sorprendido e incluso provocar una ansiedad innecesaria. El TCAE podrá realizar un electrocardiograma de varias formas, como puede ser la más frecuente y normal, que es donde el paciente estará tumbado en decúbito supino y con los electrodos colocados según conocimientos. Otro tipo de realización de electrocardiograma es el de esfuerzo, en este momento el paciente durante la medición de los latidos cardiacos estará realizando algún tipo de ejercicio, y se necesita comprobar cómo funciona el corazón en activo.

Antes de colocar las pegatinas de los electrodos, el TCAE deberá limpiar la piel para la correcta fijación de estas.

Para colocar las pegatinas que se unen a los electrodos del electrocardiograma, el

TCAE , sugerirá al paciente que se posicione en decúbito supino. Posteriormente, el TCAE colocará los electrodos de derivaciones de la siguiente forma: Negro en miembro inferior derecho, F o verde en miembro inferior izquierdo, R o rojo en miembro superior izquierdo y, por último, L o amarillo en miembro superior derecho. Después, deberá colocar los precordiales que son 6. En muchas ocasiones el TCAE encontrará una imagen de la colocación correcta en el aparato, incluso de estos últimos como deben ser colocados.

En el momento que ya este todo para comenzar la prueba, el TCAE pedirá al paciente que no se mueva, siempre que sea posible, y la máquina comenzará a detectar el ciclo cardiaco y lo guardará.

El TCAE registrará la realización de la técnica.

5 Discusión-Conclusión

El electrocardiograma es un método diagnóstico muy fiable y empleado para muchas patologías.

El TCAE será el encargado de la realización de esta técnica, cuidando sobre todo la intimidad y la correcta realización de esta. Por ello, explicará al paciente, limpiará la piel para la colocación de las pegatinas para posteriormente unir al electrodo y comenzar a registrar el circuito cardiaco.

Es importante la colaboración del paciente en el cual durante la técnica deberá evitar moverse, aunque en algunos pacientes como niños o incapacitados podrá ser más difícil la realización de la técnica.

Es importante destacar que, tras la realización de la técnica, el TCAE la registrará e indicará si ha surgido algún inconveniente al realizar el electrocardiograma.

6 Bibliografía

1. Realización de electrocardiograma, versión 2, cod:PD-GEN-72. Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. Documentación de Enfermería.
2. Klabunde, R.E. (2005). «Electrical activity of the heart». Cardiovascular physiology concepts. Lippincott Williams & Wilkins

Capítulo 164

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CENTROS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA

CATALINA POVEDA RUBIO

MARIA JULIANA BURILLO TOMAS

CARLOS SEVILLA MARTÍNEZ

ARMANDO MARTÍN AMBROSIO

MARIA DE LA CRUZ MARTÍNEZ MARÍN

1 Introducción

La OMS se refiere a la atención primaria a cuando se está ofreciendo una asistencia sanitaria catalogada como especial, basada en métodos y tecnologías que son prácticos que han sido fundados de manera científica y socialmente aceptados, es puesta al alcance de las personas y familias de las comunidades, que está mantenido por la comunidad y el país a un costo que es soportable para ellos.

La atención primaria forma parte del sistema nacional de salud, del desarrollo social y económico global de la comunidad.

No debemos verlo solo como un lugar donde se realizan prácticas relacionadas con la salud de los pacientes, hay que verlo que es una forma de poder concebir la

salud, organizar recursos, relacionarse con el entorno y poder realizar prácticas sanitarias.

La atención primaria es muy necesaria para muchas familias ya que se sienten protegidos por su doctor de confianza y su enfermera, los profesionales sanitarios conocen perfectamente a sus pacientes y con ello se crea muy buena relación profesionales con los pacientes.

Deberíamos considerar la atención primaria como un factor determinante en nuestro sistema sanitario ya que tiene un papel fundamental que tiene en los indicadores del nivel de salud en nuestra comunidad y la importancia en cuanto a curación, prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Debemos destacar que la atención primaria funciona correctamente gracias al trabajo del equipo multidisciplinar que trabajan en los centros de salud: auxiliares, enfermeros, celadores, médico, equipo de limpieza etc., que además de trabajar en equipo y de forma complementaria entre ellos, llevan a cabo sus tareas las cuales son de prevención, curación, promoción de la salud de manera conjunta y complementaria a otros profesionales de atención especializada y hospitalaria.

Nuestros objetivos a conseguir como TCAE en atención primaria serán conocer bien las funciones que tenemos que realizar en el centro de salud, ayudar al equipo de enfermería cuando precise, colocar y revisar el almacén para ver que está completo, comprobar fechas de caducidad en medicamentos, acompañar a la enfermera a realizar visitas a domicilio, reponer carros de curas etc.

2 Objetivos

Describir el papel y funciones del técnico de cuidados auxiliares de enfermería en atención primaria en los centros 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. También se ha tenido en cuenta la propia experiencia profesional.

4 Resultados

Anteriormente mencioné que uno de nuestros objetivos como TCAE en atención primaria será conocer bien las funciones que debemos llevar a cabo y ahora las explicaré de manera más detallada:

1. Procesos de abastecimiento de medicación, material fungible y de todo el material necesario en un centro de salud;

- Recuento de las existencias.

- Realizar pedidos periódicos y urgentes si son necesarios.

- Pedidos de material especial

- Colocar material en el almacén.

2. Revisar medicamentos, material fungible e instrumentales necesarios en atención primaria;

- Reponer medicamentos y material fungible para que siempre estén preparados por si surge una emergencia.

- Mantener limpios los carros de material y revisando que esté completo de todo el material necesario.

- Reposición de material fungible en las consultas.

- Control de las fechas de caducidad de medicamentos y material fungible para así evitar la administración de un medicamento en mal estado o caducado.

3. Recepción de pacientes, control de temperatura.

4. Mantenimiento de aparatos como los aerosoles, botellas de oxígeno etc.

5. Ayudar al equipo de enfermería en los análisis clínicos donde le daremos la información de cada paciente, le entregaremos los materiales necesarios para realizar una analítica, preparamos los materiales y analíticas programadas para visitas en domicilio, recogida de muestras donde se preparan los tubos y etiquetados, preparamos la nevera de transporte de las analíticas en domicilio etc.

6. Ayudamos a la enfermera a realizar las curas, suturas, vendajes, a darle el material que necesite en cada momento etc.

7. Promoción de la salud.

Todas las funciones que tenemos los TCAE en atención primaria son muy importantes siempre siguiendo los protocolos que nos indican, y estar muy pendientes de la medicación y el material fungible para evitar caducidades, revisamos diariamente el almacén para que no falte ningún material y si falta, haremos pedido, para que el almacén esté completo de todo lo necesario.

Debemos conocer la importancia de trabajar en equipo con todo el personal sanitario del centro de salud y en equipo para un mejor servicio a nuestros pacientes.

5 Discusión-Conclusión

El Auxiliar de Enfermería es importante en el servicio de atención primaria, ya que tenemos un abanico de funciones bastante amplio y apoyamos a todo el personal sanitario que trabaja en el centro de salud, creando así un equipo multidisciplinar. Además de llevar a cabo nuestras funciones, seguir protocolos y trabajar en equipo, debemos contar también con nuestra vocación y trabajar desde el cariño y el respeto hacia nuestros pacientes, tener empatía y ofrecer nuestro apoyo emocional en todo momento a nuestros pacientes, ya que nos ven como de su familia y somos su personal de referencia y depositan una confianza en nosotros.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com/tcae-atencion-primaria-2/>
- <https://revistamedica.com/tcae-primaria-especializada-funciones/>
- Libros de teoría.

Capítulo 165

PACIENTES CON NUTRICIÓN ENTERAL Y EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

CATALINA POVEDA RUBIO

MARIA JULIANA BURILLO TOMAS

CARLOS SEVILLA MARTÍNEZ

ARMANDO MARTÍN AMBROSIO

MARIA DE LA CRUZ MARTÍNEZ MARÍN

1 Introducción

No es lo mismo alimentarse que nutrirse y esto suele ser motivo de confusión, por lo que vamos a ver la diferencia entre ambas.

Según la OMS la “alimentación es un proceso consciente y voluntario que consiste en el acto de ingerir alimentos para satisfacer la necesidad de comer”.

A su vez la misma OMS define la “nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo”.

A pesar de que se utilice el término alimentarse como sinónimo de nutrición, queda patente que es lo mismo.

Los alimentos son sustancias líquidas o sólidas que ingerimos y que nuestro cuerpo transforma.

La nutrición es un conjunto de procesos involuntarios por los que el ser humano ingiere, absorbe, asimila, transforma y da uso a las sustancias obtenidas de esos alimentos para obtener la energía necesaria, construir y reparar las estructuras celulares dañadas, organizar los procesos metabólicos y disminuir el riesgo de padecer algunas enfermedades.

Los nutrientes son compuestos químicos obtenidos de los alimentos ingeridos que aportan a nuestras células todo lo que necesitan para vivir. Tienen 3 funciones principales: energética, plástica o reparadora y reguladora. A su vez, se dividen en grupos:

- Agua.
- Proteínas.
- Lípidos.
- Glúcidos o Hidratos de Carbono.
- Sales minerales.
- Vitaminas.

2 Objetivos

Describir los aspectos fundamentales a tener en cuenta por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería respecto a la nutrición enteral por bomba de infusión a los pacientes hospitalizados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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

Algunos pacientes no pueden recibir el aporte diario de nutrientes por la vía oral debido a que padecen algún tipo de enfermedad.

Es en esos casos, y si no es contraproducente, se pueda realizar de manera artificial la ingesta a través de la vía digestiva pautándose la Nutrición Enteral (NE). Existen tres tipos de vías para administrar la nutrición enteral:

- Por sonda nasogástrica (SNG): se inserta por la nariz y el tubo baja por la garganta, pasando por el esófago hasta llegar al estómago. Suelen ser fáciles de colocar, no suelen tener complicaciones y se utilizan para alimentaciones a corto plazo.

Se podría decir que es la más utilizada.

- Por sonda nasoentérica (SNE): puede ser yeyunal (SNEY) o duodenal (SNED), se coloca por medio de una laparotomía.
- Por enterostomía: se inserta directamente al estómago a través de la pared abdominal. Se utilizan para alimentaciones a largo plazo. Suelen ser más cómodas para el paciente.

Las formas de administración de la alimentación enteral son:

- Alimentación por bolos: administración de dosis relativamente grandes de fórmula, simulando la rutina de ingesta habitual.
- Alimentación continua: se usa una bomba electrónica para ir administrando dosis de fórmula en pequeñas cantidades a lo largo del día en varias horas.
- Alimentación por gravedad: se coloca en un soporte la bolsa de alimentación de fórmula que irá cayendo lentamente en gotas, el tiempo puede variar dependiendo del paciente.

Aunque al principio puede dar una sensación de molestia para los pacientes, esta vía de alimentación es la más eficaz para garantizar el objetivo de prevenir la malnutrición y solventar los posibles problemas nutricionales que existan.

Este tipo de nutrición puede resultar beneficioso no solo respecto al ámbito nutricional sino también sobre la evolución de la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Nuestro trabajo como TCAE consiste en aportar la mayor comodidad, información y respeto acerca del proceso.

Debemos recordar que el objetivo principal de la alimentación es aportar a nuestras células la materia prima para poder alimentarse y reconstruir las partes que tengan afectadas.

El bienestar del paciente y la mejora de su patología están relacionados en su medida con la buena nutrición que reciba su cuerpo, es por ello que la nutrición enteral (NE) es una alternativa idónea para proporcionar todos los nutrientes de una manera óptima y mejorar la calidad asistencial del paciente convirtiéndose en una terapia fundamental para cubrir las necesidades nutricionales. Siendo una de las formas más fisiológicas para dar este aporte y presentando muy pocas complicaciones haciendo los cuidados adecuados, tanto si es a corto plazo como

a largo plazo, ya bien sea en el medio hospitalario o en domicilio particular del paciente.

6 Bibliografía

1. <https://www.nutritioncare.org>.
2. <https://revistamedica.com>.
3. <https://psicologiaymente.com>.
4. <https://universidadeuropea.com>.
5. <https://www.mayoclinic.org>.
6. <https://www.fen.org.es>.
7. Juan C Montejo G. y col. Nutrición Enteral en el paciente Grave. Tratado de Nutrición Gil Hernández 2005. Editorial : Acción Médica, Tomo IV capi 4.11; 301-328.
8. Se revisan protocolos en la web interna del HUCA (Hospital Universitario Central de Asturias)

Capítulo 166

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN HOSPITAL DE DÍA

NURIA LOZANO ALGABA

MARIA DEL PILAR MARTINEZ MAESO

DIEGO LÓPEZ PONCE

TAMARA BERTOL GÓMEZ

ESPERANZA GARCÍA-VAO MORAGA

1 Introducción

Un hospital de día de un centro hospitalario se refiere a un departamento donde se atiende a pacientes con cáncer en cada etapa, como la administración y planificación de radioterapia o quimioterapia, o el manejo de la enfermedad del cáncer. El cáncer se refiere a cualquiera de un gran número de enfermedades que se caracterizan por el desarrollo de células anormales que se dividen sin control y tienen la capacidad de infiltrarse y destruir el tejido corporal normal. A menudo, el cáncer tiene la capacidad de propagarse por el cuerpo. En esta sala, todos los pacientes vienen con sus familias porque se sienten mal después del tratamiento debido a la gran cantidad de medicamentos.

El Hospital de Día consta de salas para sesiones de quimioterapia y consultas de oncología, ambas ubicadas en la misma área del hospital. La proximidad de

ambos servicios hace que los pacientes con cáncer no necesiten viajar largas distancias debido a su sistema inmunológico debilitado y falta de vitalidad después de recibir la medicación.

El hospital de día cuenta con enfermeras registradas, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y celadores, cada uno con una función específica y un objetivo común: brindar la mejor atención posible y brindar un servicio reconfortante. Un lugar de amor para todos tanto para los pacientes y familiares.

2 Objetivos

- Describir el funcionamiento y organización del hospital de día.
- Conocer la función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el hospital de día.

3 Metodología

Como preparación para este estudio, se realizó un estudio que consistió en una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática de libros y se seleccionaron artículos científicos con contenido relevante para el área de investigación mediante la referencia de artículos en las principales bases de datos como Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Todos los pacientes que reciben quimioterapia ambulatoria acuden a la consulta de día solos o en ambulancia. Los turnos son observados y llamados por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería de acuerdo a la lista diaria prevista. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería acompaña al paciente al vestuario del hospital de día y proporciona camisones para acompañar cómodamente al paciente a una silla o cama posterior, según el estado del paciente. Anteriormente, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería ponía un asiento en cada silla y cambiaba el asiento con cada nuevo paciente. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería prepara todos los materiales del almacén de la unidad en carros que las enfermeras llevan al cuidado de cada paciente. También prepararemos probetas analíticas y recipientes preparados previamente por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

A cada paciente se le realizarán dos análisis, ya sea de sangre u orina, según lo prescrito, antes y después de iniciar el ciclo de dosificación. Todos estos análisis han sido marcados por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería y están siendo preparados para una transferencia acelerada a microbiología. A medida que continúan los ciclos, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería observará y seguirá a todos los pacientes. Si nota algún comportamiento extraño, infórmele a su enfermera de inmediato.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería procesará las solicitudes de acomodación de pacientes y acomodación de sillas, y proporcionará en lugar de suero u otros materiales recibidos por los pacientes en caso de escasez. Asegurarse de hacer preguntas al personal de enfermería durante este proceso.

Una vez que el paciente finaliza la sesión de ciclismo, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería lo llevará al vestuario, se cambiará de ropa y lo acompañará hasta que vuelva a reunirse con su familia y acompañantes.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el hospital de día es básico. Porque los tipos de pacientes que atiende el técnico en cuidados auxiliares de enfermería requieren un enfoque cálido y humano y empatía, y el técnico en cuidados auxiliares de enfermería siempre debe demostrar eso. Sobre todo para los pacientes recidivantes, es decir, cuando acuden al hospital.

Del mismo modo, los ciclos farmacológicos a los que se someten los pacientes se encuentran dentro del rango de terapia activa que están preconizando, y muchos de ellos alteran su estado estacionario normal de luz, por lo que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería de esta unidad están siempre en alerta y observando.

6 Bibliografía

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

Capítulo 167

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU FUNCION EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

NURIA LOZANO ALGABA

MARIA DEL PILAR MARTINEZ MAESO

DIEGO LÓPEZ PONCE

TAMARA BERTOL GÓMEZ

ESPERANZA GARCÍA-VAO MORAGA

1 Introducción

La insuficiencia renal es a menudo una enfermedad progresiva. Saber que tiene una enfermedad renal crónica tiene efectos psicológicos y emocionales negativos que provocan ira y frustración. Los pacientes deben ser capaces de adaptarse a los cambios que se producen a lo largo del proceso. Los pacientes con insuficiencia renal aguda o crónica a menudo se someten a este procedimiento. Los riñones de estas personas ya no pueden realizar su función normal, y la interrupción o pérdida de la función renal es muy peligrosa y, a menudo, requiere hemodiálisis inmediata. Los pacientes suelen tener efectos secundarios menores

de la hemodiálisis. La punción de una fistula arteriovenosa puede causar molestias leves durante el procedimiento, como dolor de cabeza, calambres y presión arterial baja (hipotensión).

La enfermedad es cada vez más prevalente debido a su creciente incidencia en la población, los crecientes esfuerzos de la comunidad médica para controlarla, su impacto socioeconómico, prevalencia, potencial de fatalidad e impacto en los pacientes, ahora se considera un problema de salud pública.

Las medidas de atención primaria identificadas incluyeron mantener un buen acceso vascular venoso y esterilidad durante el procedimiento, monitorear los signos vitales cada 30 minutos y observar y monitorear los síntomas y signos que pueden presentarse durante las sesiones de HD.

2 Objetivos

- Describir las funciones que realiza un técnico en cuidados auxiliares de enfermería como parte de un servicio típico de hemodiálisis.

3 Metodología

Se elaboró un estudio detallado de cómo llevar a cabo el estudio en base a la literatura científica disponible hasta la fecha. 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 Unidad de hemodiálisis que proporciona el tratamiento dialítico dentro del hospital, atendiendo tanto las demandas propias como las que se derivan de su función dentro de la red de recursos sanitarios de su área. La hemodiálisis puede: Eliminar la sal extra, el agua y los productos de desecho para que no se acumulen en su cuerpo. Mantener niveles seguros de minerales y vitaminas en su cuerpo. Como se mencionó anteriormente, un equipo de enfermería compuesto por un técnico en cuidados auxiliares de enfermería es fundamental para un correcto flujo de trabajo. Hacer esto requiere una comprensión profunda de la funcionalidad para que pueda ejecutarse correctamente. Además, tanto el personal de enfermería como los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería necesitan conocer

no solo sus deberes, sino también lo que no deben hacer. Porque si hacen algo prohibido y le pasa algo al paciente, corren peligro. El personal del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es parte integral de la unidad de hemodiálisis y sin sus funciones no puede funcionar adecuadamente. El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la sala de hemodiálisis incluye mantener la sala limpia, cambiar los materiales necesarios y limpiar los instrumentos utilizados por los pacientes. Las funciones anteriores son funciones técnicas y no tienen contacto con el paciente. Ahora, hablamos de funciones relacionales que involucran a los pacientes. Y lo más importante, tenemos que considerar que estamos tratando con personas. Por lo tanto, una persona debe llevar a cabo una serie de medidas compasivas tanto física como mentalmente.

Estas funciones deben atender al paciente, consultar citas, historial médico, etc., y luego trasladar al paciente al dispositivo correspondiente para que la enfermera pueda realizar sus funciones. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe estar con el equipo asistencial en todo momento, dispuesto a cooperar en lo que sea necesario.

5 Discusión-Conclusión

Los equipos de enfermería son esenciales para las instituciones médicas. Porque sin un equipo de enfermería el trabajo médico y profesional es imposible. El equipo de enfermería estará formado por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería y por el personal de enfermería. Deben estar bien calificados y preparados para todo tipo de situaciones. No solo se requieren habilidades y conocimientos técnicos para comprender, comprender y responder a especialidades y campos, sino también para las habilidades psicológicas para comprender la situación del paciente y su situación. Lo más importante es tener mucha empatía. Tanto para los pacientes como para sus familias.

6 Bibliografía

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

Capítulo 168

LOS CUIDADOS POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON OXIGENOTERAPIA

NURIA LOZANO ALGABA

MARIA DEL PILAR MARTINEZ MAESO

DIEGO LÓPEZ PONCE

TAMARA BERTOL GÓMEZ

ESPERANZA GARCÍA-VAO MORAGA

1 Introducción

La oxigenoterapia es la administración de oxígeno en una cantidad mayor de la que se encuentra en el ambiente normal, teniendo como objetivo garantizar la oxigenación de los tejidos del cuerpo. Ciertas condiciones pueden ocasionar la reducción del suministro de oxígeno para los pulmones y los tejidos, como ocurre en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), ataque de asma, apnea del sueño y neumonía; por esta razón, en estos casos puede ser necesaria la oxigenoterapia.

La oxigenoterapia consiste en proporcionar a un paciente la cantidad de oxígeno necesaria para prevenir, reponer o tratar las deficiencias de oxígeno que puedan

presentarse en células, sangre, tejidos o tejidos, por personal médico, es un tratamiento prescrito.

Solo para apoyar a pacientes con síntomas de insuficiencia respiratoria aguda o crónica. Los objetivos principales de la oxigenoterapia son promover la comodidad del paciente y la adaptabilidad a la oxigenoterapia, tratar la hipertensión pulmonar, prevenir la hipoxemia, proporcionar cantidades adecuadas de Facilitar la adaptación, suministrar oxígeno. El tratamiento es importante en la terapia respiratoria. El objetivo principal de esta terapia es aumentar el suministro de oxígeno transportado por la hemoglobina a los tejidos, reduciendo así la respiración y el trabajo del corazón y manteniendo una tensión de oxígeno constante. Los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) ayudan a mejorar la comodidad y el bienestar del paciente para minimizar la entrada de contaminantes a las vías respiratorias e informar a los cuidadores sobre posibles complicaciones.

2 Objetivos

- Definir los conocimientos que debe tener un técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) de pacientes que requieren oxígeno y los diversos mecanismos que existen para su aplicación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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

Habiendo visto qué es la oxigenoterapia en la sección anterior, esta sección se centrará en cómo es el trabajo de un auxiliar de enfermería en una unidad de oxigenoterapia.

Por lo tanto, el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es asegurarse de que el equipo de oxígeno esté correctamente instalado y funcione correctamente.

Luego use la boquilla para asegurarse de que el flujo sea correcto y que el humidificador esté siempre lleno de agua y no se doble cuando se extiende.

Otras funciones a realizar son:

- **Materiales:** Asegúrese de que los centros de oxígeno, medidores de flujo o reguladores de flujo funcionen correctamente, llene o reemplace los humidificadores con agua destilada, limpie todos los materiales utilizados para cada uno, debe desinfectarse o reemplazarse.
- **Para los pacientes:** El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe informar al paciente de los próximos pasos a seguir, incluida la evaluación de las úlceras por presión en los oídos, las mejillas y la nariz.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deben tener una comprensión y un conocimiento mínimos de los conceptos necesarios para el cuidado de pacientes con afecciones respiratorias, entre ellos:

- Medición de gases.
- Hipoxemia.
- Oxímetro de pulso.
- Falta de oxígeno. Los materiales utilizados por los auxiliares de enfermería para proporcionar oxígeno a los pacientes incluyen:
 - Toma de oxígeno delante de la cama
 - Bomba de oxígeno se utilizan para transportar pacientes.
 - Crema hidratante que hidrata las mucosas cuando están secadas por el oxígeno.
 - Fuentes de oxígeno como cánulas o sondas nasogástricas, máscaras venturi, máscaras improvisadas, máscaras con reservorio y bolsas.
 - Un medidor de flujo que mide el suministro de oxígeno en litros por minuto.
 - Reductor de presión para medir la presión de oxígeno en el cilindro.

5 Discusión-Conclusión

Los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) ayudan a mejorar la comodidad y el bienestar del paciente para minimizar la entrada de contaminantes a las vías respiratorias e informar a los cuidadores sobre posibles complicaciones.

En resumen, hay varias consideraciones al usar oxígeno en pacientes. Es importante saber qué es el oxígeno y qué importancia tiene para las reacciones de oxigenación en el metabolismo celular. También es importante saber en qué formas de tratamiento se puede encontrar y cuáles son las técnicas para aplicarlo.

Finalmente, cabe señalar que hay estudios que muestran que los pacientes que reciben oxígeno adecuado en el hogar generalmente tienden a vivir más tiempo

y tienen una calidad de vida significativamente mejor. Por otro lado, la administración inadecuada de oxígeno puede tener 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/>.

Capítulo 169

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN ATENCION PRIMARIA

LUCIA PELAEZ NUÑEZ

GLORIA MARÍA ALCAIDE SIMÓN

ESTHER MARIA CANO SANCHEZ - CARNERERO

LORENA CÉSPEDES SIERRA

SILVIA MARTÍN GARCÍA

1 Introducción

En este capítulo vamos a centrarnos en cuál es el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería(TCAE) en el servicio de atención primaria, ya que la mayoría de la comunidad es algo que desconoce .

Cuando nos referimos al técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), normalmente pensamos en que esa figura sólo existe en atención especializada o en residencias de ancianos pero el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) también juega un importante papel en el ámbito de atención primaria, ya que se encargaría de la prevención y promoción de la salud algo muy importante para evitar la propagación de enfermedades y mantener la salud comunitaria.

La atención primaria junto con la atención especializada deben de estar coordinadas para asegurar el correcto funcionamiento de todas las funciones realizadas. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en atención primaria debe de trabajar en equipo junto con el resto del equipo de enfermería, de equipo médico, de los celadores y los administrativos.

Cuanto más coordinados estén todas las categorías que trabajan en el servicio de atención primaria, menos errores y negligencias podrán cometerse. Es el primer eslabón al que la población acude cuando tienen algún problema de salud, si no se resuelve en atención primaria se derivará a atención especializada.

2 Objetivos

El principal objetivo de este capítulo es describir cuál es el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería(TCAE) 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

Anteriormente mencioné que uno de nuestros objetivos como TCAE en atención primaria será conocer bien las funciones que debemos llevar a cabo y ahora las explicaré de manera más detallada:

1. Procesos de abastecimiento de medicación, material fungible y de todo el material necesario en un centro de salud;
 - Recuento de las existencias.
 - Realizar pedidos periódicos y urgentes si son necesarios.
 - Pedidos de material especial
 - Colocar material en el almacén.
2. Revisar medicamentos, material fungible e instrumentales necesarios en atención primaria:

- Reponer medicamentos y material fungible para que siempre estén preparados por si surge una emergencia.
- Mantener limpios los carros de material y revisando que esté completo de todo el material necesario.
- Reposición de material fungible en las consultas.
- Control de las fechas de caducidad de medicamentos y material fungible para así evitar la administración de un medicamento en mal estado o caducado.
- 3.Recepción de pacientes, control de temperatura.
- 4.Mantenimiento de aparatos como los aerosoles, botellas de oxígeno etc.
- 5.Ayudar al equipo de enfermería en los análisis clínicos donde le daremos la información de cada paciente, le entregaremos los materiales necesarios para realizar una analítica, preparamos los materiales y analíticas programadas para visitas en domicilio, recogida de muestras donde se preparan los tubos y etiquetados, preparamos la nevera de transporte de las analíticas en domicilio etc.
- 6.Ayudamos a la enfermera a realizar las curas, suturas, vendajes, a darle el material que necesite en cada momento etc.
- 7.Promoción de la salud. Todas las funciones que tenemos los TCAE en atención primaria son muy importantes siempre siguiendo los protocolos que nos indican, y estar muy pendientes de la medicación y el material fungible para evitar caducidades, revisamos diariamente el almacén para que no falte ningún material y si falta, haremos pedido, para que el almacén esté completo de todo lo necesario

5 Discusión-Conclusión

El Auxiliar de Enfermería es importante en el servicio de atención primaria, ya que tenemos un abanico de funciones bastante amplio y apoyamos a todo el personal sanitario que trabaja en el centro de salud, creando así un equipo multidisciplinar.

Además de llevar a cabo nuestras funciones, seguir protocolos y trabajar en equipo, debemos contar también con nuestra vocación y trabajar desde el cariño y el respeto hacia nuestros pacientes, tener empatía y ofrecer nuestro apoyo emocional en todo momento a nuestros pacientes, ya que nos ven como de su familia y somos su personal de referencia y depositan una confianza en nosotros.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.

3. <http://books.google.es>.

Capítulo 170

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DENTRO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DE UN CENTRO HOSPITALARIO

LUCIA PELAEZ NUÑEZ

GLORIA MARÍA ALCAIDE SIMÓN

ESTHER MARIA CANO SANCHEZ - CARNERERO

LORENA CÉSPEDES SIERRA

SILVIA MARTÍN GARCÍA

1 Introducción

El quirófano o sala de intervenciones quirúrgicas es la sala acondicionada en sanatorios, hospitales o centros que se dedican a la atención médica donde se realizan intervenciones quirúrgicas en los pacientes que así lo demanden. También se realizan actividades como anestesia, reanimación, sala de rayos, de farmacia. Se deben de tener algunas características en este servicio:

- Tiene que ser un espacio cerrado.

- Tiene que estar en un lugar alejado del resto de la institución médica pero cerca de la sala de emergencias, banco de sangre, laboratorio de análisis clínico, la farmacia.
- El paso de personas por estas instalaciones debe de ser el menor posible porque son zonas esterilizadas con alto nivel de desinfección y esterilización, solo debe de estar el cirujano, enfermeras, auxiliares de enfermería, celadores, camilleros, gastroenterólogo, anestesista, instrumentador quirúrgico.
- La limpieza debe de ser superextrema y exigente porque puede ser de riesgo para el paciente o para el personal que le rodea.
- Debe de estar el completo el material en cada almacén para su previo uso, dependiendo del tipo de cirugía que se vaya a realizar y de las patologías que sufra el paciente.
- Debe de contar con una zona acondicionada especialmente para ello y sus funciones varias.

2 Objetivos

- Describir las funciones del TCAE en el servicio de quirófano.
- Exponer los diferentes tipos de áreas de un quirófano.

3 Metodología

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

4 Resultados

El quirófano o sala de operaciones está formado por varias secciones conectadas entre sí con unas funciones adaptadas a cada gremio y puede haber diferentes áreas:

- Área no restringida: el personal sanitario viste ropa de calle y los equipos portátiles no están limpios y desinfectados, por lo que deben de permanecer en esta área. Se necesita una autorización o justificante para entrar en esta área dentro del medio hospitalario.

-Área de transición: el personal sanitario se prepara o se pone el vestuario que es el pijama quirúrgico para acceder a las áreas semirestringidas o restringidas y se cambia la ropa de calle por el pijama de quirófano para la realización de intervenciones quirúrgicas.

Se requiere una autorización para acceder a este servicio. Se debe de mantener este servicio pulcro e impecable para evitar la contaminación o entrada de cualquier tipo de agente patógeno o dañino en la salud del paciente.

-Área semirestringida: solo se puede acceder con pijama quirúrgico, aquí están los almacenes con material sanitario adecuado para cada tipo de operación, también se debe de tener acceso mediante un justificante o autorización y solo podrá entrar el personal sanitario a participar en la intervención quirúrgica.

Algunas de las funciones del TCAE pueden ser:

- Cambio de pañal.
- Cambios posturales.
- Administrar alimentos.
- Aseo al paciente.
- Control de líquidos y diuresis.
- Administrar medicamentos necesarios.
- Control de las constantes vitales.
- Realización de electrocardiogramas.
- Cambio de la ropa de cama.
- Ayudar al paciente a realizar ejercicios indicados al paciente.
- Controlar las dietas impuestas por los médicos o enfermeras y que estén adecuadamente ordenadas para poder ser dadas a los pacientes sin tener ningún tipo de error ni causarle daños en el paciente que puedan ser negativos para el paciente.

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 171

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN UNA CONSULTA DE PREANESTESIA DENTRO DE UN CENTRO HOSPITALARIO

LUCIA PELAEZ NUÑEZ

GLORIA MARÍA ALCAIDE SIMÓN

ESTHER MARIA CANO SANCHEZ - CARNERERO

LORENA CÉSPEDES SIERRA

SILVIA MARTÍN GARCÍA

1 Introducción

La realización del un electrocardiograma (ECG) a pacientes pendientes de cirugía, es fundamental en el protocolo preoperatorio, ya que junto con el resto de pruebas básicas (extracción de sangre y Rx) permiten realizar una correcta evaluación del paciente por parte del servicio, y más concretamente del facultativo anestesista, antes de realizar el procedimiento prescrito para la intervención.

El ECG o EKG es la única prueba diagnóstica que nos da información bastante general de la actividad eléctrica que emite el corazón. Es una técnica no invasiva, sencilla de realizar, rápida, económica y con un alta relevancia. Que, a su vez, no da una importante información del corazón durante las fases de reposo y recuperación.

Siempre que el corazón late, emite una marca característica que nos muestra que lo recorre una señal eléctrica. Mediante la ejecución de esta prueba se logran diagnosticar los siguientes trastornos:

- Infarto de Miocardio (IM).
- Arritmias, como la Fibrilación Auricular (FA).
- Pericarditis.
- Cardiomegalia.
- Derrame pericardico.
- Obstrucción de arterias.
- Hiper e Hipo calcemia.
- Hiper e Hipo potasemia.
- Algunas patologías respiratorias (alternancia). Aunque su realización es sencilla, los errores que se puedan cometer en la misma pueden causar diagnósticos equivocados y que pueden generar un riesgo para el paciente.

En este capítulo se va a desarrollar dicha prueba y el papel que juega la Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) para poder ponerlo en marcha en su aplicación profesional.

2 Objetivos

- Describir las funciones del TCAE en la realización de un ECG en el servicio de preanestesia dentro de un centro hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

El paciente debe permanecer tumbado, tranquilo, en silencio, manteniendo una respiración normal, sin toser y lo más quieto que le sea posible.

Para una correcta realización de esta prueba, han de colocarse los adhesivos (electrodos) sobre puntos específicos de la piel del paciente, conectados cada uno a un cable. La forma correcta es:

1. Periféricos:

- Cable rojo (RA): electrodo en la muñeca derecha.
- Cable amarillo (LA): electrodo en la muñeca izquierda.
- Cable negro (RL): electrodo en el tobillo derecho.
- Cable verde (LL): electrodo en el tobillo izquierdo. No se deberán colocar en prominencias óseas, mejor en zonas más carnosas.

En caso de estar en la situación de tener algún miembro amputado, se le colocarán de manera distinta y adaptándose a la necesidad específica del paciente.

2. Precordiales:

- V1 (rojo): cuarto espacio intercostal derecho.
- V2 (amarillo): cuarto espacio intercostal izquierdo.
- V3 (verde): ente V2 y V3.
- V4 (marrón): en el quinto espacio intercostal izquierdo, en la línea media claviclar.
- V5 (negro): en el quinto espacio intercostal izquierdo, en la línea axilar anterior.
- V6 (morado): en el quinto espacio intercostal izquierdo, línea media axilar.

Inmediatamente colocado lo anterior, procedemos a introducir los datos del paciente en la máquina de electro: número de historia clínica (NHC), nombre y apellidos, fecha de nacimiento y sexo. Buscamos en la base de datos, seleccionamos la prueba y procedemos a la realización de la misma.

Comprobamos que todos los electrodos se hayan colocado correctamente. Cuando se ha registrado la lectura se retiran los electrodos del paciente y le pedimos que se vista, para proceder a guardarlo en su historia.

Para que el TCAE sepa que está haciendo una buena lectura, ha de familiarizarse con el idioma eléctrico del corazón que se describe en 12 derivaciones. Las ondas que debe identificar son:

- Onda P: es la primera, pequeña y positiva.
- Onda Q: sigue a la P, es negativa y menos profunda que la onda S.
- Onda R: es la onda positiva más grande.
- Onda S: es la segunda onda negativa, más profunda que la Q.
- Onda T: es la tercera onda positiva, es más ancha y alta que la P.

5 Discusión-Conclusión

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 172

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL ESTUDIO DE UNA LESION MEDULAR EN UN PACIENTE HOSPITALIZADO

EVA CAMAÑO GALLEGO

DULCE MARIA CAMÓN GONZÁLEZ

1 Introducción

El papel del Técnico Auxiliar de Enfermería es ayudar y apoyar a otros profesionales médicos, como médicos y enfermeras. Además de atender sus necesidades, también debe trabajar para preparar al paciente. Su trabajo del Técnico Auxiliar de Enfermería se puede realizar en una variedad de servicios y unidades.

Podemos definir las Lesiones Medulares, como todo cualquier padecimiento patológico, como puede ser una contusión, conmoción, comprensión, laceración o sección), por diversos orígenes, las cuales pueden ser traumáticas y no traumáticas, que va a afectar a la médula espinal, y puede derivar en alteraciones de las funciones neurológicas por debajo de la lesión en cuanto a motoras, sensitivas y autonómicas.

La complejidad del déficit neurológico, y por tanto del convengo clínico resultante, depende del nivel de la lesión y de si la lesión es considerada completa o incompleta, la extensión longitudinal o transversal o del tejido lesionado, y la afectación de sustancia blanca o gris.

La continuidad en la vida de las personas con lesión medular se ha venido incrementando en los últimos años, debido a los grandes avances científicos y a los tecnológicos, en cuanto a prevención, atención hospitalaria y al manejo de las complicaciones durante el curso de la enfermedad que requiere proveer a la población de procesos en la atención y como no en la rehabilitación interdisciplinar, intersectorial y multidimensionales, que proclamen y valoren los aspectos funcionales y por tanto se vea reflejado en una buena respuesta la hora de volver a la sociedad.

Por lo que, el estudio de la situación de discapacidad en la sociedad, debe incluir además de los aspectos relativos a la condición de salud, también los aspectos del funcionamiento de las personas en las actividades básicas de su vida diaria y ofertarles la opción de seguir activos en su propio entorno de vida.

Este tipo de estudios valorables implica un abordaje basándose en una visión biopsicosocial que permitirá establecer relaciones en todos los aspectos de la vida de las personas con lesiones medulares afectadas.

2 Objetivos

- Conocer la información de cómo se establece un diagnóstico y definir la extensión de la lesión medular y el grado de afectación.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo.

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En base a los estudios e investigaciones realizados en este trabajo las lesiones medulares en el campo neurológico, estas son de gran relevancia, ya que son las causantes de grandes procesos de discapacidad. Su procedencia puede estar muy cerca y ser una de las mayores estimaciones a nivel mundial debido a las

condiciones de hoy en día de la sociedad y también en lo que concierne a los accidentes en carretera de tráfico.

El acrecentamiento de la esperanza de vida de estos afectados es muy bueno, debido a los grandes avances científico-técnicos e investigaciones en cuanto a la atención, prevención y actuación de las complicaciones que se puedan dar, aquí se verá la inminente necesidad de dotar de servicios de rehabilitación adecuados que incluyan la gran mayoría de aspectos funcionales y deriven en la entrada adaptada, al entorno y vida del paciente.

Para este objetivo es necesario un completo abordaje de la situación, que en el campo de la valoración debe verse no sólo la evaluación de las condiciones de salud del afectado, se deberá estudiar también las actividades de las personas en su vida diaria.

Cuando hablamos de grados de afectación en las lesiones medulares se les nombra de acuerdo con el último nivel en el estado que no estaba afectado, es decir, aquella forma en la que tenía todas las funciones neurológicas en cuanto a autonomía, sensitivas y motoras.

Partiendo de ahí, se van a clasificar en arreglo a la funcionalidad clínica del paciente como cervicales (C1 a C8), torácicas altas (T1 a T6), lumbosacras (L1 a S1), torácicas bajas (T7 a T12), y las del cono medular (sacro coccígeas). Cuanto más alta sea la lesión mayor será el compromiso funcional del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Basándonos en los estudios en nuestra opinión cabe destacar y se demuestra la influencia de que la edad en la que ocurre la lesión medular, el sexo del afectado, la presencia de complicaciones, el tiempo de la evolución y la severidad y grado o nivel de la lesión, entre otros, estas circunstancias van a condicionar la situación de discapacidad y la de funcionalidad de las personas con lo cual, son aspectos a valorar y tener en cuenta al planear tanto la evaluación como la actuación en estos pacientes.

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.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 173

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN MEDICINA INTERNA DE UN CENTRO HOSPITALARIO

EVA CAMAÑO GALLEGO

DULCE MARIA CAMÓN GONZÁLEZ

1 Introducción

Podemos decir, que un TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería) es aquel profesional del ámbito sanitario que ha terminado los estudios del Grado Medio de Auxiliar de Enfermería.

El personal de TCAE es el que se encarga de cuidar a los pacientes en lo referente a su alimentación, aseo y movilidad.

Las funciones que viene realizando este personal dentro de un hospital o de cualquier centro sanitario son fundamentales, ya que gracias a ellos se logra agilizar la atención a los pacientes.

Además de las funciones que hemos mencionado, el personal TCAE no solo se limita a esas funciones generales, sino que también es posible que se especialicen en ramas muy concretas dentro del ámbito sanitario para poder conseguir un mejor éxito laboral. Estas ramas pueden ser enfermería en el trabajo, geriatría o salud mental.

Se puede decir que la profesión de TCAE requiere que el personal que la ejerza tenga vocación para desempeñar esta profesión debido a que la mayoría de su labor va consistir en ayudar a personas con diferentes enfermedades.

El asistir a los pacientes por parte del personal TCAE, requiere tener unas habilidades como pueden ser saber trabajar en equipo o tener una buena capacidad de reacción para poder afrontar cualquier problema que surja de forma repentina con cualquier paciente.

2 Objetivos

Conocer cuáles son las funciones del personal TCAE en el área de medicina interna.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo.

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las personas que trabajan en el servicio de medicina interna tienen una gran satisfacción, ya que se encargan de atender a los pacientes que lo necesitan, lo que hace que se sientan muy cerca de ellos todos los días. Hay muchas funciones y responsabilidades dentro del servicio médico.

Las funciones del TCAE son:

- Distribuirán la ropa, valorando la autonomía de los pacientes.
- Etiquetar y preparar muestras de orina; el personal de enfermería hará ambas cosas para las muestras de sangre.
- Recoger las bandejas.
- Distribuir la carga de trabajo de la Unidad tanto en cantidad como en intensidad mediante turnos para asegurar la continuidad asistencial.

- Limpiarán a los pacientes valorando el estado de su piel para prevenir las temidas úlceras por presión, informarán al personal de enfermería en tal caso (cambios posturales cada dos horas).
- Seguimiento y anotación de deposiciones y orina.
- Valoración de tomas de agua y posterior e identificación de las mismas (administración de aguas gelificantes).
- Reponer y limpiar los carros de Enfermería y cuando se recoja en el “control” diariamente y en cada turno.
- Conocerán todas las muestras pendientes que tienen que recoger, de aquellos pacientes encamados, los que están pendientes de pruebas, su traslado (para su limpieza previa), los que necesitan estar pendientes de su peso y/o altura, los que tienen nutrición enteral (para una correcta limpieza antes de su estricto horario de alimentación).
- Tomarán las temperaturas y realizarán su registro posterior.
- Para asegurar que la dieta sea suficiente, se distribuirán las comidas bajo la supervisión del personal de enfermería.
- Estarán al tanto de la ambulancia que se aproxima y/o del “ALTA”.
- Valoración e higiene de la mucosa bucal.
- Se levantarán y acostarán a los pacientes junto con los asistentes.
- Organización del trabajo junto con el personal de enfermería.
- Repondrán el carro de la ropa, geles hidroalcohólicos.
- Las mesas estarán disponibles para las comidas.

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 174

BURNOUT EN EL PERSONAL DEL HOSPITAL: UNA REALIDAD CRECIENTE

LILIANA LÓPEZ PASTOR

MARGARITA GÓMEZ FERNÁNDEZ

ARÁNZAZU GONZÁLEZ ZAPICO

MARÍA DEL CARMEN LÓPEZ ALONSO

LAURA LLERA DIAZ

1 Introducción

Los servicios de prevención de riesgos laborales comienzan a partir de los años 80 en tomar en consideración los riesgos psicosociales como parte importante de los riesgos profesionales. Hasta ese momento centraban su actuación sobre los riesgos físicos, ergonómicos, etc., dejando los riesgos psicosociales en un segundo lugar.

Las investigadoras Maslach y Jackson fueron unas investigadoras muy importantes que dieron un serio empujón en el estudio de los riesgos laborales, considerando que los aspectos psicoemocionales relacionados con el trabajo influyen de forma importante en la salud de los trabajadores.

Los riesgos psicosociales suelen entenderse con la aparición del estrés, del burnout, de falta de comunicación en la unidad, etc., y sus principales conse-

cuencias están relacionadas con la despersonalización, el abandono de la realización personal, el cansancio psicológico pasa a volverse agotamiento emocional, aparece una pérdida de atractivo por las propias tareas a realizar, el trabajo pierde su atractivo y con ello cualquier sentimiento de satisfacción e ilusión, etc.

Estas negativas consecuencias de los problemas psicosociales se inician con la aparición de una situación de estrés relacionada con el trabajo, y cuando este estrés se cronifica con el tiempo y no es resuelto correctamente, finalmente aparece el negativo fenómeno del burnout. Esta situación de burnout está muy relacionada con la pérdida del sentido del esfuerzo y la pérdida de ilusión por el trabajo.

En el ámbito hospitalario en el que las organizaciones sanitarias están mucho más centradas en resultados, tanto económicos como sanitarios, los servicios de prevención de riesgos laborales están poco implicadas en la resolución de los factores psicosociales que pueden deteriorar la salud de sus profesionales.

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo es identificar las condiciones y causas que favorecen la aparición del fenómeno de burnout en los profesionales del hospital.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica de documentos científicos obtenidos en bases de datos de páginas especializadas científicas como Schielo, Lilacs, Medline, Cochrane, Pubmed.

Las palabras claves utilizadas en esta búsqueda han sido: estrés, personal hospitalario, burnout.

El periodo de búsqueda documental se realizó entre los meses de abril²³ y junio²³, y se limitó el periodo de publicaciones al intervalo de tiempo comprendido entre el año 2000 y el año 2022.

4 Resultados

De la literatura científica revisada se observa que el burnout es un fenómeno muy presente entre los profesionales del hospital, con el agravante de que es un fenómeno creciente en todos los sectores del ámbito hospitalario. El burnout puede

afectar a muchas profesiones, pero los profesionales sanitarios asistenciales son las que más lo padecen y sufren.

La primera observación obtenida de nuestra revisión documental es que es difícil establecer una diferencia entre estrés y burnout. Para la gran mayoría de los autores se considera el burnout como la última fase del estrés crónico, es decir la fase donde comienza a aparecer el agotamiento tanto físico como mental. Pero cualitativamente la gran diferencia entre estas dos situaciones es que el estrés desaparece con un periodo de reposo adecuado, mientras que el burnout no cesa con ese periodo de descanso.

En de las principales causas observadas en nuestra revisión bibliográfica es, como lo proponen Maslach y Jackson, que es un síndrome de estrés crónico, muy relacionado con profesiones de servicios que se caracterizan por una atención intensa y continuada con personas que están en una situación de necesidad o dependencia.

Unos de los factores más importantes en la aparición del burnout en los profesionales de una organización, son los factores organizacionales. El clima y la cultura laboral en el mismo entorno laboral parece ser uno de los principales factores en la génesis del burnout. Así podemos señalar aspectos como los objetivos laborales, las características de la tarea, las condiciones físicas y sociales del ambiente de trabajo, estilos de gestión y dirección, las formas de supervisión, etc., como los principales factores implicados en la aparición del síndrome de burnout.

Por otra parte, las condiciones individuales y personales de cada profesional también aparecen en la aparición el burnout, aunque de forma no tan directa. Podemos citar algunas de ellas como el deseo de marcar una diferencia con los demás y la obtención de resultados tangibles, el sufrimiento de los pacientes, trabajar muy próximos a enfermedades e incluso la muerte, la sobrecarga de trabajo, etc. Son aspectos muy favorables para el desarrollo de una situación de burnout.

Otra observación importante extraída de nuestra revisión documental es, que en las largas duraciones de las formaciones sanitarias, poco tiempo se invierte en la preparación de los próximos profesionales para poder resolver situaciones emocionales delicadas.

5 Discusión-Conclusión

El burnout es un problema muy habitual en muchos profesionales, pero en el ámbito hospitalario tiene una tasas muy importantes y crecientes.

El burnout consiste en una situación emocional negativa del profesional que lo padece, es una situación de estrés mal resuelto que se cronifica, apareciendo pro-

gresivamente una despersonalización y una falta de realización.

Las causas más importantes en la génesis de la situación de burnout en los profesionales del ámbito hospitalario son principalmente las causas organizativas y direccionales del departamento, coincidentes con diferentes causas propias del trabajador.

Una buena prevención a estas situaciones degenerativas como el burnout, sería incluir en las largas formaciones sanitarias, diferentes aspectos formativos para poder manejar con éxito una situación tanta destructiva como es el estrés y sobre todo el burnout.

6 Bibliografía

Caro Hernández, M. (2006). Reseña de “el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, vol.22, nº1, 123-125.

Cebriá Andreu, J. (2003). Distrés crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas. Aten Primaria, 31(9), 564-574.

Corredor Pulido, M.E., y Monroy Fonseca, J.P. (2009). Descripción y comparación de patrones de conducta, estrés laboral y burnout en personal sanitario. Revista hacia la promoción de la salud, vol. 14, nº1, 109-123.

Ferrer, R. (2002). Burnout o síndrome de desgaste profesional. Med Clin (Barc), 119(13), 495-496.

García Izquierdo, M., Saéz Navarro, M.C., y Llor Esteban, B. (2000). Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. Vol.16, nº2, 215-228.

Gaynés, E., Giménez, M., y Portell, M. (2004). El burnout en los profesionales sanitarios: una aproximación bibliométrica. Arch Prev Riesgos Labor, 7(3), 101-108.

Giraldo Giraldo, Y., López Gómez, B., Arango David, L., Goetz Henao, F., y Silva, E. (2013). Estrés laboral en auxiliares de enfermería. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud.vol.45, nº 1, 23-31.

Gomero Cuadra, R., Palomino Baldeón, J., Ruiz Gutiérrez, F. y Llap Yesán, C. (2005). El síndrome de burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera South Perú Copper Corporation: estudio piloto. Rev Med Hered, 16(4), 233.

Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., y Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout

en personal sanitario hispanoamericano y español (2207). Rev Esp Salud Pública, 83, 215-230.

Capítulo 175

EL SERVICIO DE URGENCIAS Y LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

SONIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Se define el trabajo en equipo en el ámbito sanitario como aquel trabajo llevado a cabo por un número de profesionales especializados en esa rama y que tienen una serie de habilidades que se complementan entre sí y que están comprometidas con un mismo propósito y objetivo común, por los cuales se hacen mutuamente responsables. Por ello, todos los profesionales sanitarios que trabajan en el servicio de urgencias como son el equipo médico, los diplomados de enfermería, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, técnicos de rayos y celadores forman un gran equipo de trabajo unido para conseguir el mismo objetivo común, un diagnóstico eficaz para una rápida recuperación del paciente.

Este servicio del hospital tiene una misión que será prestar la atención sanitaria urgente a personas que la demanden, ya bien sea por un accidente o por una enfermedad grave. Por lo que, una vez que el paciente entre por la puerta del servicio de urgencias hospitalarias, todos los profesionales comenzarán a coordinarse entre sí realizando un trabajo en equipo para lograr una rápida atención, desde el servicio de triaje hasta la atención médica y el diagnóstico del paciente.

Por ello, es de extrema importancia formar equipos de trabajo en un servicio tan importante como son las urgencias hospitalarias.

2 Objetivos

El principal objetivo será conocer la importancia del trabajo en equipo en un servicio tan importante como el de las urgencias hospitalarias, así como saber que ventajas conlleva este método de trabajo para los profesionales sanitarios.

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: urgencias, trabajo, equipo. También se han consultado publicaciones científicas difundidas en diferentes revistas Españolas y Guías de prácticas Clínicas.

4 Resultados

El trabajo en equipo en el ámbito sanitario tiene una serie de características fundamentales y que serán imprescindibles para el éxito del objetivo en común de todos sus miembros:

- Objetivos comunes y bien definidos: los profesionales sanitarios que componen el equipo del servicio de urgencias conocen el objetivo final y como deben actuar para llegar a él.
- Resolución de problemas: en ocasiones, el diagnóstico no se consigue en el primer momento, es importante que el grupo de profesionales sanitario esté cohesionado y trabaje de la mejor manera posible para resolver el problema, identificando signos y síntomas en el paciente para poder buscar el diagnóstico adecuado.
- Buena comunicación y motivación entre todos los miembros: involucrar a todos los profesionales sanitarios en el proceso de atención del paciente y contar con sus ideas e informar con la máxima transparencia a todos los miembros del grupo, es imprescindible. Así, de esta manera todos los miembros se sentirán valorados y aumentará la motivación.

- Confianza en el equipo: esto es muy necesario e imprescindible en el trabajo en equipo. Esta confianza se gana con lo que se dice pero, sobre todo, con lo que se hace, es decir, con las actitudes para llegar al mismo objetivo común.

Además, el trabajo en equipo tiene una serie de beneficios para sus integrantes:

- Favorece el aprendizaje entre todos los miembros del equipo y eso en sanidad es muy importante.
- Reduce el estrés, ya que la carga de trabajo es repartida entre todos los integrantes del equipo.
- Mejora el desempeño, ya que el trabajo en equipo permite que cada profesional desarrolle lo mejor que sabe hacer.
- Aumenta la eficiencia, de manera que se logra una mayor atención de calidad en los pacientes durante el servicio.
- Se favorece la comunicación ya que al ser un grupo, todos están pendientes de nuevas informaciones pertenecientes al estado de salud y evolución del paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, es de vital importancia que los profesionales sanitarios que trabajan en los servicios de urgencias de un hospital estén complementados, ya que un equipo es un conjunto de personas que se necesitan mutuamente para lograr lo más importante de todo que es una atención de calidad y una rápida recuperación del paciente. Cuando un servicio tan importante como el servicio de urgencias de un hospital lleva a cabo un trabajo en equipo, permitirá que los miembros que lo conforman médicos, diplomados de enfermería y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería sumen conocimientos y habilidades y se complementen en las tareas que deben ser realizadas.

6 Bibliografía

1. https://es.wikipedia.org/wiki/Trabajo_en_equipo.
2. <https://congresosicepa.com/importancia-equipo-salud/>.

Capítulo 176

CÓDIGO PARADA RESPIRATORIA EN URGENCIAS Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

DIANA FLORES FERNÁNDEZ

JACOBO ARIAS LIZCANO

MARÍA TERESA RODRÍGUEZ AMORES

ESMERALDA AGUILAR MUÑOZ

ELENA ROPERO MUELA

1 Introducción

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) debe estar familiarizado con los procedimientos a seguir en caso de parada cardiorrespiratoria, al igual que los demás miembros del equipo médico.

Soporte Vital Primario (SVB).

El conjunto de acciones que se deben realizar si esto ocurre se denomina Soporte Vital Básico.

El TCAE debe estar preparado para responder en estas circunstancias, ya que es imposible predecir cuándo alguien será arrestado. Los procedimientos de SVB nos permiten determinar si una persona ha sufrido un paro cardiorrespiratorio.

Tan pronto como se confirme que esto es así, es necesario realizar una reposición transitoria de las funciones respiratoria y circulatoria permanente, hasta que el paciente sea tratado adecuadamente, para lograr la oxigenación de emergencia y, con ello, prevenir posibles daño cerebral.

Todos los miembros de la comunidad médica deben conocer este protocolo porque solo se usa en emergencias que amenazan la vida.

Este método puede salvar la vida del paciente y aumentar la supervivencia hasta la muerte si se utiliza correctamente hasta la llegada de los servicios de emergencia.

Si la cadena de supervivencia está correctamente implementada, el 40%.

Todos los trabajadores de la salud reciben esta meticulosa capacitación en el trabajo debido a la naturaleza fundamental de esta maniobra.

2 Objetivos

- Dar a conocer la función del TCAE, así como del resto del personal sanitario, a la hora de realizar las técnicas de Soporte Vital Básico ante una parada cardiorrespiratoria de un paciente.
- Resaltar la importancia de una correcta y rápida actuación ante una parada cardiorrespiratoria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación exhaustiva basada en una revisión bibliográfica sobre la literatura existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y una consulta de artículos en diferentes bases de datos como Medline.

4 Resultados

El cese abrupto de la respiración pulmonar y la circulación sanguínea se conoce como parada cardiorrespiratoria (PCR). Esto significa que las células del cerebro mueren como resultado del cese del suministro de oxígeno a sus diversos órganos vitales.

Actuar con rapidez es crucial en esta situación porque la probabilidad de supervivencia de la víctima se reduce en un 10% por cada minuto que pasa.

Los auxiliares de enfermería y el resto de profesionales sanitarios deben conocer a fondo las técnicas de Soporte Vital Básico (SVB) en caso de parada cardiorrespiratoria porque es una situación crítica para el paciente y pueden garantizar su estabilidad hasta que lleguen los servicios de urgencias. usando esta técnica rápidamente.

Saber cuándo estamos experimentando una parada cardiorrespiratoria es lo primero que hay que aprender.

La pérdida del conocimiento, la respiración irregular o la falta de respiración, así como la falta de pulso, son síntomas de esto. En cuanto tengamos la certeza de que el paciente está completamente parado, debemos iniciar el masaje cardíaco o la reanimación cardiopulmonar, no sin antes avisar a los servicios de emergencia. Con ambas manos sobre el esternón de la víctima, comenzaremos el masaje cardíaco. Es crucial que los brazos estén delante del cuerpo y en ángulo recto.

A continuación procederemos a realizar dos respiraciones boca a boca para oxigenar la sangre, seguidas de treinta compresiones de esternón. Cuando el pulso no se haya estabilizado, volveremos a controlar al paciente y repetiremos estos ciclos hasta que el paciente recupere el conocimiento o lleguen los servicios de emergencia, lo que ocurra primero.

Los DEA, o desfibriladores externos automáticos, son otra opción para nosotros en estas circunstancias. Cuando una persona sufre un paro cardiorrespiratorio, estos dispositivos analizan automáticamente su ritmo cardíaco. En estos días, podemos verlos en todas partes al aire libre.

5 Discusión-Conclusión

En la conclusión de este trabajo enfatizamos cuán crucial es comprender cómo realizar las maniobras correctas en alguien que está experimentando un paro cardiorrespiratorio y qué tan rápido deben realizarse para que la persona recupere la conciencia. En el menor tiempo posible, la conciencia.

Ante una situación de esta naturaleza, una formación adecuada sobre el uso de estas técnicas tiene un impacto significativo y puede ayudar a salvar la vida del paciente.

La capacidad de reconocer un paro cardiorrespiratorio en pacientes, así como en cualquier persona fuera de esta área, es crucial para los auxiliares de enfermería y otros profesionales de la salud.

6 Bibliografía

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

Capítulo 177

LA ORGANIZACIÓN DE LOS CARROS DE CURA DE ENFERMERÍA POR PARTE DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

DIANA FLORES FERNÁNDEZ

JACOBO ARIAS LIZCANO

MARÍA TERESA RODRÍGUEZ AMORES

ESMERALDA AGUILAR MUÑOZ

ELENA ROPERO MUELA

1 Introducción

De todos los elementos y dispositivos que se pueden encontrar en un hospital y que se localizan en cada planta o servicio, el carro de curas es uno de los más significativos y utilizados, ya que este se encuentra absolutamente en casi todos los servicios o unidades, este aparataje es móvil para poder llevarlo allí donde se demande.

El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería tendrá la responsabilidad la obligación de conocer todos y cada uno de los aparatos, materiales, fármacos, así como el correspondiente instrumental que se usa y maneja en las curas y los procedimientos facultativos y por lo tanto es responsable y encargado de que todo

esté en perfecto estado y en un correcto orden siempre a punto para cuando se demande para un paciente.

Es un carro móvil que contiene todo el material preciso para efectuar las curas de los pacientes enfermos, agilizando y así facilitando el trabajo de todos los profesionales de enfermería.

El carro debe ser de un tamaño manejable de forma fácil por lo que debe tener un peso y anchura correctos y adecuados, para que se logre entrar por las puertas y estancias con agilidad y de una forma fácil.

El material del que esté dotado el carro puede variar de un servicio a otro dependiendo siempre de la especialidad médica a la que esté dedicada la planta en cuestión, pero sí que hay unos elementos que suelen ser siempre comunes en todos.

El carro de curas suele ser principalmente de acero inoxidable o de plástico para facilitar su limpieza y así también su durabilidad, dispone de ruedas y en la mayoría de ellas suelen tener entre 2 o 3 cajoneras con diversos compartimentos que contienen con todo el material organizado por secciones.

Dispone de un cubo lateral para la basura en uno de sus laterales para la eliminación de los desechos generados.

2 Objetivos

Dar a conocer, como personal sanitario de enfermería formado en Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), algunas cuestiones básicas relacionadas con el carro de curas, su organización, estructuración de los materiales y describir la utilidad, así como las funciones del carro de curas.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha efectuado una revisión bibliográfica en artículos y en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave “funciones auxiliar enfermería carro de curas” y “preparación carro de curas”.

4 Resultados

El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería es el responsable y encargado de revisar, reponer y limpiar el carro de curas. Es el encargado y responsable de

que el carro de curas esté en óptimas condiciones.

El carro de curas es un dispositivo ligero y dotado de un dispositivo de ruedas, suele tener dos o tres bandejas y departamentos para el material de curas, también en un lateral lleva un soporte o habitáculo para la bolsa de residuos.

Hay que estar atentos de los posibles deterioros, imperfecciones o suciedades.

Un carro dedicado a las curas será distinto de una unidad de cirugía, que una de traumatología o que una unidad destinada a diálisis.

El contenido del carro de curas y los materiales de los que está dotado dependerá de la unidad donde esté emplazado, pero generalmente suele estar compuesto por:

- Gasas las cuales estériles y diversos apósitos los cuales deben tener diversidad de medidas.
- Vendas para diversas funciones y de diversos tamaños, así como de diversos materiales.
- Esparadrapo de diversas medidas hipoalergénico.
- Suero fisiológico salino al 9 %.
- Guantes de diversa numeración estos estériles.
- Algodón.
- Paños para las curas y la preparación de los campos que se necesiten estériles.
- Guantes de diversa numeración no precisan ser estériles.
- Suturas de numeración diversas, así tanto en forma de las agujas, así como de los hilos, tipos y formas.
- Jeringas diversas en cuanto a medida y calibre.
- Riñoneras.
- Bateas
- Agujas diversas en cuanto a medida.
- Antisépticos como la clorhexidina, alcohol, agua oxigenada o dependiendo su uso povidona yodada.
- Medicamentos y fármacos de diferente tipología y efectos así estarán preparados para las diferentes curas a efectuar estas pueden ser tipo cremas pomadas, anestésicos locales, entre otros muchos, etc.
- Caja metálica siempre estéril y que esté dotada de: Sonda acanalada, mango y diversas hojas desechables de bisturí, tijeras de cortar vendaje, pinzas de tanto de Pean, así como de Kocher, estilete abotonado.

Para la limpieza y adecuado mantenimiento del carro de curas.

Precedentemente siempre se lavarán las manos profesionales que le corresponda en ese momento, ponerse guantes, se retiran en primer lugar los objetos utilizados en la asistencia, así como la bolsa de basura, se procederá a la limpieza del

carro, tanto de barras como de estanterías con el producto que este acordado en la unidad o puesto en el que estés por protocolo, se procede al posterior secado y a la reposición de todo el material que se haya utilizado.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el carro de curas es totalmente imprescindible para que el procedimiento del personal de Enfermería se lleve a cabo en unas condiciones de asepsia y facilitando el trabajo al equipo. El carro debe de estar siempre en condiciones adecuadas de limpieza y totalmente repuesto con el material preciso para su manejo. Esta limpieza y reposición se deberá hacer diariamente para así garantizar su eficiente uso. Es muy importante revisar siempre la caducidad de los medicamentos y se debe procurar no introducir el carro en las habitaciones para así evitar infecciones nosocomiales y su transmisión.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. www.daeformacion.com.
3. www.auxiliar-enfermeria.com.
4. <https://congresosicepa.com/carro-curas/>.
5. <https://apuntesauxiliarenfermeria.blogspot.com>.
6. <https://auxiliaresenferm.blogspot.com/2013/05/el-material-de-curasyelcarrode-curas.html>.

Capítulo 178

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN DE MATERIAL DE CURAS

DIANA FLORES FERNÁNDEZ

JACOBO ARIAS LIZCANO

MARÍA TERESA RODRÍGUEZ AMORES

ESMERALDA AGUILAR MUÑOZ

ELENA ROPERO MUELA

1 Introducción

La Central de Esterilización es la unidad donde se llevan a cabo los procesos de esterilización del hospital. Esta juega un papel muy importante en la prevención de las infecciones adquiridas en el hospital, porque tales infecciones han sido asociadas con una desinfección inapropiada de objetos reusables.

El Servicio de Central de Esterilización tiene, además, la responsabilidad de recoger y recibir los objetos y equipos usados durante la atención del paciente, procesarlo, almacenarlo, y distribuirlo.

Estos conjuntos de procedimientos están destinados a lograr que el instrumental clínico del hospital se mantenga aséptico. Se consigue mediante procesos de limpieza, desinfección y esterilización junto con una correcta higiene de manos.

Eliminan la carga microbiana patógena y no patógena, incluidas las esporas, de productos e instrumentos que lo requieran como el instrumental médico o los medios de cultivo. Para que sea eficaz debe realizarse sobre materiales limpios y respetando los parámetros y procedimientos definidos para cada método.

La esterilización puede conseguirse usando calor, productos químicos y radiación. El método a elegir dependerá del material a esterilizar y del equipo e instalaciones disponibles. Con los objetos de acero inoxidable y de vidrio podemos usar cualquier método, pero en el caso de los materiales plásticos debemos tener en cuenta su composición para evitar deformaciones e incluso la destrucción del material.

2 Objetivos

Destacar e indicar la importancia de que el proceso de esterilización se realice cumpliendo los requisitos de eficiencia, seguridad y 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. Gracias a una búsqueda sistemática de libros, revistas, artículos, bibliotecas y otros que, ayudarán a sacar unos resultados y conclusiones que respondan a nuestros objetivos.

4 Resultados

Autoclave:

Se considera el método más efectivo porque actúa coagulando las proteínas de los microorganismos, provocando su eliminación.

Utiliza calor húmedo en equipos que se denominan autoclaves. Están formados por un recipiente o cámara de esterilización de cierre hermético y paredes gruesas que permite usar vapor a presión y temperatura elevada. El fundamento físico es el de una olla a presión.

Es rápido y muy eficaz.

Pueden esterilizarse en autoclave los objetos de acero inoxidable, vidrio y plásticos como el polipropileno, polimetilpenteno o teflón.

Vía seca:

La esterilización por vía seca o calor seco es una variante de la autoclave en la que no se usa vapor. Al ser menos agresivo, se utiliza a más alta temperatura y durante más tiempo.

El calor seco desnaturaliza las proteínas, funde los lípidos de las membranas y provoca desecación de los microorganismos.

Este método es menos corrosivo para los instrumentos metálicos y permite esterilizar sustancias en polvo o viscosas no volátiles y también las que puedan formar emulsiones con el agua.

Los objetos que pueden esterilizarse con calor seco son los metálicos, el vidrio o plásticos como teflón que pueden soportar la elevada temperatura del método.

Métodos químicos:

Los métodos químicos permiten la esterilización de materiales e instrumentos a baja temperatura. Es muy importante que se disponga del equipamiento e instalaciones adecuadas para controlar su peligrosidad.

El óxido de etileno gaseoso es uno de los agentes químicos de esterilización usados habitualmente con productos termo sensibles que no soportan las temperaturas de los procedimientos por calor.

Suele utilizarse para catéteres y similares. Es un agente capaz de destruir los microorganismos, incluidos los virus.

Los Aldehídos como la Formalina, pueden actuar como potentes agentes de esterilización capaces incluso de destruir esporas. El formaldehído puro es un gas que puede comercializarse en diferentes formas para su uso. Debe evitarse el contacto con la piel y la exposición a sus vapores.

Radiaciones ionizantes:

Las radiaciones ionizantes pueden usarse para esterilizar por su capacidad para destruir microorganismos. La radiación gamma se caracteriza por su alta energía y poder de penetración que permite su uso con los materiales y productos envasados. Este método es muy efectivo, puesto que puede ajustarse a cada necesidad controlando la dosis de irradiación. No produce daños al material, pero requiere una instalación compleja con blindaje biológico.

Se puede usar con muchos de los materiales de laboratorio e instrumental clínico de metal, vidrio y plástico.

5 Discusión-Conclusión

La limpieza, la desinfección y la esterilización son la piedra angular de la prevención y el control de las infecciones en los hospitales y otros establecimientos de

salud. Cuando la falta de higiene representa un problema, los pacientes a menudo sufren las consecuencias.

La esterilización de los materiales médicos es importante porque con esta tarea se eliminan todas las formas de vida microscópicas que puedan ocasionar complicaciones infecciosas.

El tipo y el nivel de descontaminación dependen de la naturaleza del dispositivo y del uso que se le vaya a dar.

El foco debe estar puesto en cumplir los parámetros clave, de lo contrario la acción no tendrá éxito, una esterilización mal aplicada puede causar corrosión en los equipos médicos.

6 Bibliografía

1. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2106:2009-sterilization-manual-healthcenters&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0.
2. <https://www.picuida.es/unidad-central-de-esterilizacion-estandares-y-recomendaciones/>.
3. <https://quercuslab.es/blog/esterilizacion-del-material-de-laboratorio/>.
4. <https://clinicadentalpilargarrido.es/2018/08/27/la-importancia-de-la-esterilizacion-de-los-materiales-medicos/>.

Capítulo 179

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE PACIENTES TRATADOS CON OXIGENOTERAPIA Y SUS FUNCIONES

BEATRIZ FERNANDEZ RODRIGUEZ

LETICIA ALHAMBRA CORONADO

ADELAIDA SANCHEZ SORIANO

ROCIO GUTIERREZ CARRASCO

ANA BELÉN RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ

1 Introducción

La técnica de la oxigenoterapia consiste en la aplicación de ciertos niveles de oxígeno con fines curativos cuando existe dificultad para respirar por medios propios, ya sean por problemas cardio respiratorios u otras causas, viéndose afectada la respiración en el intercambio de gases y el transporte de oxígeno. Puede aplicarse al paciente ante dos casos:

1/ Hipoxemia: es una reducción de la presión parcial de oxígeno.

2/ Hipoxia: es cuando falta oxígeno en la sangre y en los tejidos.

3/ Hipercapnia: cuando hay un exceso de dióxido de carbono en la sangre.

En todos los casos la oxigenoterapia aporta una concentración mayor de oxígeno, superior al 24%, siendo la normal que respiramos que suele ser del 21%,

suponiendo un tratamiento primordial muchas veces para el mantenimiento de la vida en algunos pacientes, y otras será un tratamiento complementario.

La concentración de oxígeno la pauta el médico, ya que puede ser peligroso o contraproducente administrar una cantidad elevada, ya que los pulmones dejarían de estimularse y el paciente podría quedar adormilado, además su uso en estado puro está desaconsejado y muy restringido, si se mantuviera por mucho tiempo podría ser irritante de las mucosas, provocando daños en el cerebro y los pulmones. produce lesiones en el pulmón y cerebro.

El equipo de enfermería y los técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), ofrecerán información a los pacientes y familiares de la utilidad de aplicar oxigenoterapia, ofreciendo unos cuidados según los protocolos establecidos, observando siempre las constantes vitales y la mejora en su estado de salud con este procedimiento, explicándoles que no puede quitarse el dispositivo del oxígeno, si no es pautado por el médico. El TCAE debe conocer los diferentes mecanismos para aplicarlo.

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

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos: Pudmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los métodos para la administración de oxígeno que debe de conocer el TCAE son:

- Sonda nasal: es un tubo de goma o plástico flexible y transparente de distintos grosores, que en sus tres últimos centímetros tiene uno o varios orificios. Su aplicación es a través de la fosa nasal hasta la orofaringe, fijándose con un trozo

de esparadrapo hipoalérgico. El TCAE supervisará que no se ha movido de su ubicación y de cambiarse cada 48 horas alternando de fosa nasal.

- Mascarillas: es una semi-máscara que se posiciona en la nariz y boca del paciente, de plástico transparente, con orificios laterales para que el oxígeno que entre se funda con el ambiental. La concentración de oxígeno puede modificarse y oscila entre el 24% y 50%, considerándose que se alcanzan unos parámetros superiores a las que se podrían conseguir con la sonda nasal. Está contraindicada en pacientes con retención de dióxido de carbono.
- Campana de oxígeno: es un mecanismo de plástico o vidrio en el que se introduce la cabeza del paciente, ajustándose al cuello, siendo muy útil al aplicarlo en niños.
- Tienda de oxígeno: se administra en el caso de los niños, a los que no se ve viable ponerle una mascarilla o sonda nasal, de manera que el paciente respira dentro de un ambiente aislado, en el que el aire circula filtrado y enfriado proporcionando una concentración moderada o baja de oxígeno.
- Gafas nasales: son parecidos a las sondas, pero se ajustan a las fosas nasales, de manera que el oxígeno pasa por ambas, no solamente a una, pero no permiten regular la concentración y suelen reseca las mucosas. La ventaja es que el paciente se encuentra más autónomo porque puede hablar o comer con ellas. Este método se utiliza cuando la dosis de oxígeno a administrar es baja.
- Tubos endotraqueales: es una técnica invasiva e incómoda, pero la mas efectiva, ya que se inserta un tubo dentro de la tráquea del paciente, dándose sobre todo cuando se encuentran sedados o inconscientes.
- Ventilación mecánica no invasiva: es una técnica que viene sustituyendo a la anterior, que se realiza mediante mascarillas herméticas que se ajustan a las vías respiratorias del paciente.

El TCAE deberá comprobar el comprobar la bala de oxígeno, la toma de oxígeno de pared, el caudalímetro, el tubo de oxígeno, las gafas nasales o mascarillas, y el tubo de aspiración de secreciones. Se informará al paciente del tratamiento a aplicar, y le pedirá que no se lo quite, y que le diga cualquier problema que presente en su administración. Conectará el humidificador una vez comprobado que posee el agua suficiente para su correcto funcionamiento, posicionando al paciente en semi-fowler, si no estuviera contraindicada.

5 Discusión-Conclusión

La oxigenoterapia es la administración de oxígeno como método primordial para salvar la vida del paciente, o como complementaria al tratamiento pautado por el facultativo, en ambos casos la concentración de oxígeno serán superiores a las

del aire ambiente que es del 21%. Nunca se aplicarán concentraciones demasiado elevadas, ya que podrían producir severas consecuencias en el organismo y daños irreparables, estando su uso en estado puro desaconsejado y muy limitado.

Debido a que el uso de oxígeno es considerado como medicamento, se debe de hacer un uso adecuado es este.

El TCAE debe de conocer los distintos mecanismos de aplicación del oxígeno, y las finalidades para las que se aplica, además de identificar cualquier síntoma que pueda presentar el paciente para derivarlo al equipo de enfermería o médico.

Los elementos mas usados son las mascarillas, y las gafas nasales. También habrá bombas de oxígeno para poder aplicarlas allá donde sean necesarias.

6 Bibliografía

1. Manual del técnico auxiliar de enfermería. Editorial Mad.
2. Técnicas básicas de enfermería. Mc Graw Hill. <https://campusvygon.com/laevolucion-de-la-oxigenoterapia/>.
3. https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/aux_enfermeria/T12-AE-SCS-2007.pdf.

Capítulo 180

LA LABOR DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS TRATAMIENTOS DE TERMOTERAPIA Y CRIOTERAPIA

BEATRIZ FERNANDEZ RODRIGUEZ

LETICIA ALHAMBRA CORONADO

ADELAIDA SANCHEZ SORIANO

ROCIO GUTIERREZ CARRASCO

ANA BELÉN RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ

1 Introducción

La aplicación del frío y del calor en el cuerpo del paciente, es una medida temporal, complementaria al tratamiento farmacológico pautado, y muy utilizada a la hora de tratar diversas dolencias, ya que ayudan a disminuir el dolor pero hay que tener en cuenta que el efecto sobre el corriente sanguíneo, la formación de edemas, la extensión de los tejidos y su impacto en el metabolismo son opuestos, es decir, son terapias médicas que se basan en la temperatura pero según el tipo de lesión se usará una u otra, o la combinación de ambas. Son terapias de aplicación corta, ya que si se prolongan pueden dar problemas.

La Crioterapia consiste en la aplicación de frío, a través de dos procedimientos:
1/ De Contacto: poniendo sobre la piel bolsas y paquetes de hielo durante 10 o 15 minutos.

2/ Por evaporación: utilizando aerosoles químicos que se evaporan en la piel.

La Termoterapia consiste en la aplicación de calor mediante agentes térmicos, existiendo tres tipos según como de profundo llega la calor al organismo:

1/ Métodos superficiales:

- De Contacto: mantas eléctricas, parafinas y ceras calientes, materiales gelatinosos, hidrocolator, etc.
- De Convección: aplicando aire caliente seco o húmedo.
- Radiación: mediante lámparas de infrarrojos.

2/ Métodos profundos:

- A través de los microondas, onda corta y ultrasonido

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) que ayuda en la aplicación de estos tratamientos, debe de conocer las distintas sintomatologías que puede presentar el paciente que acude a este servicio, así como de los métodos aplicados en crioterapia y termoterapia, para así actuar de manera diligente y rápida ante cualquier complicación que pudiera surgir, avisando a Enfermería o a los facultativos en todo momento.

2 Objetivos

- Describir el concepto de calor y frío como tratamiento complementario a los tratamientos pautados por el facultativo para ayudar en ciertas dolencias.
- Explicar la función del TCAE en la crioterapia y en la termoterapia.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los efectos del calor y del frío sobre el organismo son:

1/ El calor provoca una vasodilatación, es decir se eleva el flujo sanguíneo lo cual se traduce en un mayor aporte de oxígeno y nutrientes y la eliminación de las sustancias de desecho. El paciente nota un efecto analgésico y relajación muscular.

2/ El frío provoca una vasoconstricción, es decir, se disminuye el aporte sanguíneo en la zona en la que se aplica, también notado un efecto analgésico y estimulante.

Estas técnicas son muy comunes en el Servicio Fisioterapia, por lo que el TCAE asignado a este servicio debe de seguir una serie de consideraciones:

- Lo primero es explicar al paciente el procedimiento que se va a realizar si es la primera vez que acude a la consulta.
- Decirle en que posición debe estar según la zona a tratar, o ayudarlo si lo necesitara.
- Prepara el equipo necesario comprobando que se encuentran conectados los aparatos electrónicos.
- Comprobar la piel del paciente, limpiar con un algodón y alcohol si hubiera que poner algún parche para eliminar restos de cremas o sudor. En todo momento se observará el estado de la piel.
- Preguntará al paciente si se encuentra bien y si tolera adecuadamente el grado de frío o calor.
- Cuando se termine el tratamiento, recogerá el equipo utilizado, colocará al paciente en la posición adecuada, y se retirarán las sabanas utilizadas, desinfectando la zona y el material utilizado.
- Comunicará a la enfermera cualquier incidencia durante el proceso.

Existen dos formas de aplicar frío:

1/ Frío seco se administra mediante: collares de hielo, bolsas de hielo, o mantas de hipotermia.

2/ El frío húmedo se aplica a través de: baños de agua fría, freezbag (bolsa de goma con una sustancia congelada), remojo en frío (inmersión de una parte del cuerpo en un recipiente con agua fría), compresas mojadas en hielo que se cambiarán cada 2 minutos.

El calor también se puede administrar mediante dos formas:

1/ El calor seco se administra mediante: bolsas de agua caliente, mantas eléctricas, ultrasonidos, radiaciones infrarrojas, calentador eléctrico (tiene arena caliente), lámparas de calor.

2/ Para el calor húmedo se utiliza: baños calientes durante 10 minutos en los que se mete todo el cuerpo o la inmersión de una parte del cuerpo que durará unos 20 minutos.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día es muy utilizado en el Servicio de Rehabilitación tanto la aplicación de la crioterapia y la termoterapia, incluso las personas desde casa lo hacen, por iniciativa propia lo cual puede repercutir para mal en sus dolencias debido a que debe ser un facultativo el que nos explique cuando puede aplicarse un tratamiento u otro, o la combinación de ambas, ya que existen unas indicaciones para ponerlo pero también unas contraindicaciones.

Estas técnicas han demostrado ser muy beneficiosas como complementarias a los tratamientos médicos y farmacológicos, por eso el TCAE dentro de su competencia laboral debe de conocer muy bien en que consisten ambos métodos, cuando se pautan y las distintas limitaciones, debiendo observar el estado del paciente mientras que se le aplican, el color de la piel, preguntarle si tolera el grado de frío o calor aplicado, comunicando cualquier incidencia que ocurra al personal responsable superior.

6 Bibliografía

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

Capítulo 181

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU AYUDA EN LA LACTANCIA MATERNA

BEATRIZ FERNANDEZ RODRIGUEZ

LETICIA ALHAMBRA CORONADO

ADELAIDA SANCHEZ SORIANO

ROCIO GUTIERREZ CARRASCO

ANA BELÉN RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ

1 Introducción

La lactancia materna es el proceso por el que la madre alimenta a su hijo recién nacido a través de los senos que comienzan a prepararse durante el embarazo y en el parto están listos para dar alimento al bebé.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF recomiendan la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad del bebé y hasta sus dos años en combinación con una alimentación adecuada, siempre alargando el proceso hasta que madre e hijo quieran.

La lactancia materna es un alimento líquido natural procedente del seno materno y formada por nutrientes, enzimas, proteínas, factores de crecimiento anticuerpos y muchos más. Dar de mamar no solo tiene beneficios para el bebé también los tiene para la madre como la retracción del útero para una mejor recuperación

postparto, disminuye el estrés, disminuye el riesgo de cáncer de mama o útero así como diabetes tipo 2 o osteoporosis después de la menopausia.

Es una de las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería explicar a la madre una correcta postura para darle el pecho, y poder identificar posibles inconvenientes surjan como grietas en el pezón, una mastitis o ingurgitación (acumulación de leche en el seno). Así como una correcta forma de almacenar la leche y duración de esta.

2 Objetivos

Dar a conocer e indicar el papel y la ayuda del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en relación la lactancia materna.

3 Metodología

Para poder realizar el presente trabajo se ha llevado a cabo investigación que consta de una revisión bibliográfica sobre literatura científica que ya existe. Se ha procedido a recopilar información de libros y artículos como Wikipedia, UNICEF, OMS, y seleccionando artículos como revista médica, revista sanitaria de investigación.

4 Resultados

La lactancia materna es el medio por el que la madre alimenta a su hijo a través de las glándulas mamarias produciendo leche desde el momento del parto, siendo el mejor alimento que hay para el recién nacido.

La leche materna es el mejor alimento que puede recibir un recién nacido porque está compuesta por nutrientes, hormonas, enzimas, grasas, carbohidratos, proteínas, vitaminas, minerales y factores anti-infecciosos y bioactivos.

Periodos de lactancia:

- 0-6 meses

En los primeros días tras el parto se produce el calostro que es leche materna densa y viscosa que contiene una gran cantidad de minerales y proteínas también llamado como «oro líquido» que con el paso de los días se transforma en leche. La lactancia debe ser a demanda (cuando el bebe lo necesite) normalmente suelen ser 10-12 tomas diarias.

- 6 meses en adelante

Desde los 6 meses el bebe necesitará alimentación complementaria reduciendo las tomas 4-5 por día durante el primer año y poco a poco se irán reduciendo a menos hasta que se produzca el destete. La OMS recomienda continuar con la lactancia hasta los dos años del niño como mínimo.

Conservación de la leche materna

La leche se puede extraer de manera manual o con saca leches almacenándolos preferiblemente en recipientes de cristal y no gran cantidad. No debe estar más de 6h a temperatura ambiente y durando hasta 5 días en la nevera a unos 2-4°C pero lo más recomendable es congelarla a las 48 horas después de la extracción. Puede durar congelada hasta 6 meses y siempre descongelar en la nevera con una duración de 24 horas máximo si no se utilizado hay que desecharla.

El trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es explicar y dar instrucciones para conseguir una lactancia materna con éxito.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería después del parto es el encargado de poner al bebe en el pecho de su madre.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería explicará cómo colocar al bebe el pecho mientras le da de mamar en una posición cómoda tanto para la madre como para el hijo y el uso de almohadas. Y como debe tener suficiente pecho en la boca del bebe (el pezón) hasta que llegue lo suficiente dentro de la boca del bebe para que con la lengua y encías compriman la aureola.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería ayudará a la madre a identificar cuando esta saciado o estará descansando para después continuar y situaciones en las que tiene hambre.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería y la enfermera explicarán posibles problemas que pueden surgir en la lactancia y como poder solucionarlo para poder tener una victoria en la alimentación del bebé.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería resolverá todas las dudas de la madre para cuando se vayan a casa de alta y evitar que se desanime con la lactancia para que no la abandone.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería explicará todo lo relacionado con la leche materna, como se almacena correctamente y cuanto dura, forma correcta de calentar y la manera de etiquetar la leche. Siendo labor del técnico en cuidados auxiliares de enfermería de un etiquetado correcto de la leche como de su almacenamiento y forma de preparación dentro del hospital.

5 Discusión-Conclusión

Es función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería explicar las mejores posturas para que estén cómodos madre e hijo y tenga un buen agarre al pecho, para no surjan problemas como grietas en el pezón y desencadene en mastitis. También el técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá asesorar si el bebe es prematuro y le cuesta comer o si hay otros problemas como labio leporino, bajo peso o la forma correcta de sacarle los gases al bebe entre muchos más. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tendrá que estar actualizado sobre la lactancia materna para poder explicar todos los beneficios que existen para madre e hijo y abordar los posibles problemas que puedan surgir en el proceso para que no se desanime la madre y abandone la lactancia.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/funcion-tcae-lactancia-materna/>.
2. <https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna>.
3. https://es.wikipedia.org/wiki/Lactancia_materna.
4. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-funcion-del-tcae-en-lalactancia-materna/>.
5. <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacioncomplementaria>.

Capítulo 182

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UNA PARADA CARDIORESPIRATORIA

ISABEL MATA ESCRIBANO

MARÍA ESTHER AGUILAR RUIZ

ESTER MORENO MORA

MARÍA DEL PRADO MOLINA CLEMENTE

ANA BELÉN FERNÁNDEZ RIVERA

1 Introducción

La parada cardíaca es una de las causas con más alta incidencia de mortalidad. Según una investigación realizada de marzo a abril de 2022, 1.119 pacientes sufrieron un infarto, de los cuales el 8,5% fallecieron, es decir, la tasa de mortalidad aumentó en casi un 50% en comparación con los resultados del año pasado. La parada cardiorrespiratoria incluye: Identificar PCR y pedir ayuda, que es clave para activar el sistema de emergencias e iniciar la atención temprana de emergencias. RCP significa reanimación cardio pulmonar con compresiones torácicas. Se hace de tal manera que el extremo de la palma quede casi en la parte inferior del llamado esternón, y la otra mano sobre la que nos apoyamos sobre el esternón,

manteniendo los brazos rectos y verticales al esternón. Entró en paro cardíaco. Se alternan compresiones con insuflaciones en secuencia 30:2 (30 compresiones y 2 insuflaciones) con una frecuencia de 100 compresiones por minuto hasta que llega la ayuda especializada de emergencia. Si es posible, utilizaremos un desfibrilador (DEA) para la desfibrilación temprana, (actualmente lo encontramos disponible en muchos lugares). El proceso de desfibrilación en los primeros minutos de la parada puede suponer una supervivencia de hasta el 50-70%, por lo que la intervención debe ser rápida y eficaz. Para evitar la asistolia, se debe acortar el tiempo entre la última compresión y la administración de la descarga y el inicio de la descarga inmediatamente después de la descarga.

2 Objetivos

Exponer los conocimientos necesarios que debe tener un técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) acerca del protocolo de reanimación cardiopulmonar y soporte vital básico.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica, con búsqueda sistemática en varias revistas de divulgación científica, buscando en direcciones abiertas de Internet como el buscador Google académico, Medline, Pubmed y otras páginas webs. Las palabras clave buscadas han sido: RCP, DEA y vía aérea.

4 Resultados

Para poder determinar si una persona ha tenido un paro cardiorrespiratorio, debemos observar el ritmo de la respiración, y cuando la identificamos debemos proceder a restaurar las funciones respiratorias y circulatorias hasta que el paciente pueda oxigenarse para evitar daños cerebrales. Todos los profesionales de la salud, incluidos los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, deben estar familiarizados con este protocolo. Si se hace de acuerdo con la técnica adecuada hasta que llegue la ayuda ambulatoria se puede salvar la vida del paciente.

Para poder realizar una reanimación cardio pulmonar es necesario:

- Estar en un lugar seguro.
- Comprobar si la persona está consciente.

- Abrir la vía aérea.
- Observar los movimientos respiratorios.
- Proceder a realizar masaje cardíaco.
- Comprobar si la reanimación cardiopulmonar es eficaz y, en caso contrario, continuar con la reanimación hasta que llegue la ayuda de emergencia.

La intervención temprana puede aumentar la supervivencia hasta en un 70%, por lo que es fundamental educar a toda la población en RCP básica, lo principal es ser capaz de reconocer una parada y actuar en el menor tiempo posible. Se deben crear campañas de primeros auxilios, ya que los conocimientos adquiridos se trasladan indirectamente a la población a través de los servicios preventivos de la atención primaria de salud, informando de estilos de vida saludables a la población para prevenir infartos, ictus, colesterol y otras patologías relacionadas con un estilo de vida inadecuado. Evitar el tabaco y el alcohol y llevar una vida relajada son algunas de las formas de prevenir los paros cardíacos en la población general. En un entorno hospitalario, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería se ha de asegurar de que el carro de emergencia o de paradas, esté equipado con todo lo necesario para responder a este tipo de emergencia, reponiendo y desinfectando posteriormente los materiales por si se vuelve a necesitar.

5 Discusión-Conclusión

La supervivencia después de un paro cardíaco depende no solo de la enfermedad subyacente, sino también del tiempo de reacción y la calidad de las maniobras realizadas. Por esta razón, el conocimiento de la reanimación cardiopulmonar debe difundirse ampliamente en todos los niveles y áreas públicas. La fibrilación ventricular es responsable del 85% de los paros cardíacos y la desfibrilación retardada reduce las posibilidades de éxito del tratamiento. Por esta razón, es muy importante contar con desfibriladores automáticos en todos los establecimientos de salud, lugares de trabajo y lugares públicos para evitar un paro cardíaco que pueda la muerte por fibrilación ventricular.

Los desfibriladores automáticos se utilizan para la reanimación cardiopulmonar a fin de maximizar los esfuerzos de rescate y minimizar el daño cerebral en víctimas de ataques al corazón.

6 Bibliografía

1. Investigación RS. La parada cardiorrespiratoria en la unidad de reanimación post anestésica (URPA) [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria

de Investigación. 2022 [citado el 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-parada-cardiorrespiratoria-en-la-unidad-de-reanimacion-post-anestesia-urpa/>.

2. Protocolo de Actuación de enfermería ante la parada cardio-respiratoria en adultos en el ambito hospitalario (PROT-AE-006) Versión 01 Página 2 de 36 [Internet]. Codem.es. [citado el 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/c6032233-3266-4865-a36d-234b4d0adbe0/349702FC-EB04-4C82-8D68-FE273863E0E9/f62984c0-d3ec-4792-92bd-a41fa8e9b6bf/f62984c0-d3ec-4792-92bd-a41fa8e9b6bf.pdf>.

3. Chicote N, Mecánicos T. Atención de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería a pacientes con traumatismos: conceptos generales [Internet]. Academiairigoyen.com. [citado el 9 de agosto de 2023]. Disponible en: https://academiairigoyen.com/wp-content/uploads/2017/04/TEMA-29_TRAUMATISMOS.pdf

Capítulo 183

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UNA HEMORRAGIA EXTERNA DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

EVA MARIA ALARCON AVELLANO

MARTA QUIRÓS CAÑAS

CATALINA ALMENDROS MESIAS

1 Introducción

Una hemorragia externa se define como la pérdida de sangre a través de una abertura en la piel, concretamente una herida. Las que más se producen son en las extremidades debido a la situación de las arterias en esta zona (dispuestas más superficialmente) y además debido a la exposición que tienen las piernas y los brazos. También existen las hemorragias internas (la sangre no sale al exterior) y las exteriorizadas (aquellas en las que la sangre sale a través de una abertura natural como la boca).

Las hemorragias se deben a diferentes causas como traumatismos, agentes cortantes, aplastamiento, etcétera. Además, según el vaso que se lesiona la hemorragia será diferente.

- En un corte de una arteria la sangre sale a propulsión o con mayor potencia, siendo peligroso por la cantidad de sangre que se pierde a gran velocidad.

- En un corte de una vena la sangre saldrá continuamente en lugar de en impulsos.
- En el corte de un capilar la gravedad disminuye al ser heridas superficiales con poca pérdida de sangre.

Debido a la gravedad de estas heridas y la necesidad de una actuación rápida para frenarlas, es importante que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) esté formado para estas situaciones de emergencia que pueden producirse tanto en el ámbito hospitalario como en la vida diaria.

2 Objetivos

- Exponer el mecanismo de acción de la hemorragia externa.
- Explicar el protocolo de actuación ante una hemorragia externa, concretamente para Técnicos 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 con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La gravedad de las pérdidas de sangre se debe a que pueden causar un shock hipovolémico que posteriormente acabe en una parada cardiorrespiratoria. El shock hipovolémico en concreto se caracteriza por una alteración de la conciencia, un pulso acelerado y una presión arterial que ha descendido, respiración en taquipnea y mucosas pálidas.

Dado que en un adulto la cantidad de sangre es igual a cinco litros, al perder más de 1'5 litros la persona entra en estado de shock grave. En una hemorragia de gran importancia, el tiempo estimado antes de llegar a esa cantidad de pérdida es de unos tres minutos.

El Consejo Europeo de Reanimación (ERC) recomienda el siguiente protocolo de actuación ante una hemorragia:

- Primero hay que aplicar presión directamente sobre la herida de forma manual

- Si se tiene, utilizar un agente hemostático sobre la herida continuando con la presión

- Tras controlar la hemorragia, se puede realizar un vendaje compresivo para evitar que la hemostasia que se ha producido se deshaga.

Hay que tener en cuenta también el protocolo PAS (Proteger, Avisar y Socorrer) en el caso de que la situación de emergencia se produzca fuera del centro sanitario.

Respecto a la evaluación de la persona, es importante analizar la localización de la hemorragia, si se han lesionado órganos y la posible infección.

Se considera que la vida del paciente está en riesgo cuando ocurren las siguientes situaciones:

- La herida se localiza en una extremidad y la sangre sale en pulsos porque proviene de una arteria.

- Se producen los signos de shock hipovolémico mencionados anteriormente

- Existe una amputación total o parcial de un miembro

Es imprescindible el uso de guantes para mantener lo máximo posible la limpieza de la zona y utilizar gasas estériles.

5 Discusión-Conclusión

La hemorragia externa es una situación que requiere de asistencia sanitaria, pudiendo tener diferentes causas y distintos grados de gravedad. Lo más importante es evitar el shock hipovolémico, que puede derivar en una parada cardiorrespiratoria y en la muerte del paciente. Para ello es importante que los sanitarios, incluidos los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, estén formados y conozcan el protocolo a seguir para contener la hemorragia. Se deben conocer los agentes hemostáticos y las medidas de higiene necesarias. Además, es importante conocer el método de actuación si la situación de emergencia se produce en la vía pública, protegiendo al paciente y avisando a los servicios de emergencias antes de socorrerle.

6 Bibliografía

1. Sangrado intenso: primeros auxilios [Internet]. Mayo Clinic. 2022. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/first-aid/first-aid-severe-bleeding/basics/art-20056661>.
2. Johnson, A. B., & Burns, B. (2023). Hemorrhage. In StatPearls. StatPearls Publishing.

3. Sharrock, A. E., & Midwinter, M. (2013). Damage control - trauma care in the first hour and beyond: a clinical review of relevant developments in the field of trauma care. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 95(3), 177–183. <https://doi.org/10.1308/003588413X13511609958253>.
4. M SS. Las hemorragias [Internet]. *Medicina Integral*. 2000. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-las-hemorragias-15332>.

Capítulo 184

TÉCNICA DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR: FORMACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PRIMEROS AUXILIOS

EVA MARIA ALARCON AVELLANO

CATALINA ALMENDROS MESIAS

MARTA QUIRÓS CAÑAS

1 Introducción

Una parada cardiorrespiratoria se produce cuando la actividad cardiaca cesa de forma repentina interrumpiendo el riego sanguíneo de forma general. Puede ocurrir por diferentes razones:

- Patología cardíaca (angina de pecho, arritmia, etcétera).
- Politraumatismos
- Atragantamiento
- Intoxicaciones
- Muerte súbita

El cerebro sufre una isquemia tras varios minutos de hipoxia. En una parada cardiorrespiratoria cada minuto que la persona pasa sin ser reanimada baja un 10% las posibilidades de supervivencia. La incidencia de la parada cardiorrespiratoria

según la Sociedad Española de Cardiología está estimada en 52.300 al año, 30.000 de estas de forma extrahospitalaria y el resto, 22.300 en el hospital. De esta cifra, entre un 5 y un 10% sobreviven si se producen de forma extrahospitalaria, es decir, unas 4.000. Esta cifra aumentaría si la población tuviera los conocimientos necesarios para realizar la RCP. El tiempo es un factor determinante tras la parada, siendo entre los tres y cuatro primeros minutos los más importantes para asegurar la recuperación. Los elementos fundamentales para la reanimación son el conocimiento de la técnica de reanimación cardiopulmonar y el uso de desfibrilador.

Por esta razón, a nivel de la población general y más aún de forma imprescindible en sanitarios, en este caso el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, es tan importante tener los conocimientos necesarios para realizar la técnica de reanimación cardiopulmonar.

2 Objetivos

- Explicar las diferentes situaciones que pueden provocar una parada cardiorrespiratoria.
- Exponer los conocimientos necesarios para la realización de la técnica de reanimación cardiopulmonar desde la perspectiva 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 con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La técnica de reanimación cardiopulmonar puede ser necesaria en cualquier momento para un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, por lo que debe ser conocida y dominada por estos profesionales. Es importante que tras la parada se produzca un aviso para recibir ayuda y tras esto comenzar la RCP de forma

inmediata, puesto que el tiempo es un factor determinante en las posibles secuelas que se producirán en el paciente. Para comprobar que el paciente ha entrado en parada se comprueba su nivel de conciencia, sujetándolo por los hombros y sacudiéndolo usando una fuerza considerable, mientras se le habla intentando obtener respuesta. En el caso de que no haya reacción, se libera la vía aérea mediante la maniobra frente-mentón, colocando una mano en la frente y tirando de la mandíbula. Se comprueba la respiración mirando si el tórax se eleva con los movimientos, escuchando los ruidos respiratorios y sintiendo el aire en el caso de que salga. En caso negativo, aunque tenga pulso, este acabará parando. Existen diferentes recomendaciones desde el Consejo Europeo de Resucitación para la reanimación en adultos.

Se realizarán compresiones torácicas, colocándose previamente la persona que vaya a realizarlas de rodillas en un lateral respecto al paciente. Se dispondrá una mano en el centro del tórax de la víctima, utilizando el talón y colocando la otra mano encima con los dedos entrelazados. Se deben mantener los brazos sin flexionar, estando los hombros de forma perpendicular el tórax del paciente. Una vez adoptada la posición, se ejerce fuerza para comprimir la caja torácica unos cinco centímetros aproximadamente, teniendo en cuenta que se debe dejar que el tórax se vuelva a expandir y retorne la sangre. No es necesario levantar las manos para esto ni cambiar la posición. Estas compresiones deben alcanzar una cifra de 100 o 120 por minuto.

Las ventilaciones se realizarán cada 30 compresiones del tórax, usando la maniobra frente-mentón y llevando a cabo 2 insuflaciones de aire de un segundo como máximo. Pueden utilizarse máscaras de barrera en caso de que la persona tenga alguna enfermedad contagiosa o no realizarse. La reanimación se mantendrá hasta que el paciente respire de nuevo.

5 Discusión-Conclusión

Las paradas cardiorrespiratorias tienen una gran incidencia de forma mundial, siendo los datos de supervivencia cuando se producen de forma extrahospitalaria muy baja. Por ello es importante que tanto el personal sanitario como la población general conozcan los pasos a seguir. El personal sanitario y en concreto el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe llevarla a cabo en su entorno de trabajo y en la comunidad, y además educar en la medida de lo posible a la población para que aprendan la técnica y la ejecuten en caso necesario, aumentando así la supervivencia de las víctimas tanto de forma intrahospitalaria como extrahospitalaria.

6 Bibliografía

1. Certificación Asistencial en Paro Cardíaco. Sociedad Española de Cardiología. https://secardiologia.es/images/publicaciones/documentos-consenso/20230224_CAPAC-INFORME_FINAL.pdf.
2. Pozzi, M., Grinberg, D., Armoiry, X., Flagiello, M., Hayek, A., Ferraris, A., Koffel, C., Fellahi, J. L., Jacquet-Lagrèze, M., & Obadia, J. F. (2022). Impact of a Modified Institutional Protocol on Outcomes After Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation for Refractory Out-Of-Hospital Cardiac Arrest. *Journal of cardiothoracic and vascular anesthesia*, 36(6), 1670–1677. <https://doi.org/10.1053/j.jvca.2021.05.034>.
3. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Ciudadanos - Registro “OHSCAR”. [Internet]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/Suplementos/ParadaCardiaca/RegistroOhscar.htm.

Capítulo 185

EL CONTROL Y REGISTRO DE LAS CONSTANTES VITALES POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

EVA MARIA ALARCON AVELLANO

MARTA QUIRÓS CAÑAS

CATALINA ALMENDROS MESIAS

1 Introducción

Las constantes vitales proporcionan información sobre el estado de salud del organismo. Se miden en el ámbito hospitalario para controlar al paciente y sus posibles cambios, además de para conseguir un adecuado diagnóstico y tratamiento.

Las principales constantes vitales son:

- La frecuencia cardíaca
- La frecuencia respiratoria
- La saturación de oxígeno
- La tensión o presión arterial
- La temperatura

La interpretación de las constantes o signos vitales es fundamental para la estratificación del riesgo del paciente en el ámbito de urgencias. Por ejemplo, en diferentes guías como qSOFA (Quick Sequential Organ Failure Assessment) o SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome) se utilizan los signos vitales para

determinar el estado de gravedad del paciente según los valores que se obtengan. Por lo tanto, la medida de estos datos cambiará de forma significativa el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del paciente, de ahí la importancia de conocer estos valores y registrarlos para poder analizar la evolución de la enfermedad y el estado de salud.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería tiene diferentes funciones, entre las cuales se encuentra el control de las constantes vitales del paciente y su registro. Es por ello que debe conocer tanto la forma de medirlos como sus valores normales y patológicos.

2 Objetivos

- Exponer la importancia de la medida de las constantes vitales
- Enumerar diferentes métodos para medir las constantes vitales
- Indicar los valores normales y patológicos que se pueden obtener de estas mediciones

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 signos vitales se miden continuamente y son registrados por el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Además, la mayoría de medidas son inocuas para el paciente y no requieren de un gasto significativo.

- La temperatura corporal: se puede pedir en diferentes zonas corporales. La temperatura oral es de 36.7 a 37.2°C. La temperatura axilar está en un rango de 36.2 a 36,8° C de forma fisiológica. Se considera febrícula entre 37 y 38°C, pirexia cuando la temperatura es superior a 38°C e hiperpirexia cuando es mayor a 41°C. La temperatura rectal es la más alta, siendo la normal de 37,2 a 37,8°C. Se utilizan termómetros y la zona más frecuente de medida es la axila.

- Frecuencia respiratoria: se define como el número de respiraciones por cada minuto. Es medida cuando el paciente está en reposo. El número normal es entre 12 y 20 respiraciones por minuto. Se define como taquipnea cuando hay más de 20 respiraciones por minuto y bradipnea cuando hay menos de 12.
 - Frecuencia cardíaca: la frecuencia cardíaca o latidos por minuto tiene un valor normal de 60 a 100 pulsaciones por minuto. Se considera bradicardia por debajo de 60 y taquicardia por encima de 100.
 - Saturación de oxígeno: es un porcentaje que representa la cantidad de oxígeno disponible en sangre. El nivel normal se encuentra entre 95 y 100%, considerándose patológico un nivel inferior. Se mide mediante la pulsioximetría.
 - Presión arterial: la tensión arterial consiste en la fuerza que ejerce la sangre en las paredes de las arterias. El valor normal está en 120 mm Hg en la sistólica y 80 mm Hg para la diastólica. Se mide de forma manual utilizando un fonendoscopio o de forma semiautomática, según sea necesario.
- Todas estas medidas deberán ser registradas por el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería para seguir su control.

5 Discusión-Conclusión

Existen diferentes signos o constantes vitales que son medidas y registradas por el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Dichas constantes son fundamentales para la evaluación del estado de salud del paciente. Los valores medidos serán determinantes de forma directa en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del paciente, por lo que se debe resaltar la importancia de esta tarea. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe conocer los valores normales y patológicos de las constantes vitales, colaborando con el resto del equipo médico en el cuidado del paciente. Además, el profesional debe mantenerse actualizado y conocer los materiales utilizados para la medición tanto de forma manual como automática.

6 Bibliografía

1. Kebe M, Gadhafi R, Mohammad B, Sanduleanu M, Saleh H, Al-Qutayri M. Human Vital Signs Detection Methods and Potential Using Radars: A Review. *Sensors* (Basel). 2020 Mar 6;20(5):1454. doi: 10.3390/s20051454. PMID: 32155838; PMCID: PMC7085680. [Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7085680/>].

2. Candel BG, Duijzer R, Gaakeer MI, Ter Avest E, Sir Ö, Lameijer H, Hessels R, Reijnen R, van Zwet EW, de Jonge E, de Groot B. The association between vital signs and clinical outcomes in emergency department patients of different age categories. *Emerg Med J*. 2022 Dec;39(12):903-911. doi: 10.1136/emmermed-2020-210628. Epub 2022 Jan 11. PMID: 35017189; PMCID: PMC9691829. [Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9691829/>].

Capítulo 186

EL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL PROCESO DEL SONDAJE NASOGÁSTRICO

MARÍA ESTHER AGUILAR RUIZ

ESTER MORENO MORA

MARÍA DEL PRADO MOLINA CLEMENTE

ANA BELÉN FERNÁNDEZ RIVERA

ISABEL MATA ESCRIBANO

1 Introducción

El proceso de inserción de una sonda nasogástrica es una técnica sanitaria que introduce una sonda en el estómago a través de la nariz con diversos fines, como el apoyo nutricional cuando no es posible la ingesta oral, la administración de fármacos y el lavado gástrico con fines terapéuticos, como intoxicaciones, sangrado y hemorragias, toma de muestras para reducir o prevenir la distensión gástrica... Esta técnica requiere de profesionales sanitarios con experiencia en la materia y los conocimientos adecuados de los tipos, propiedades y diferentes funciones de cada tipo de sonda, debiendo ser practicada por el facultativo o personal de enfermería. Todos los trabajadores de la salud que tratan a pacientes con sondas

nasogástricas deben estar capacitados en el cuidado diario y la administración de alimentos y medicamentos a través de sonda, jeringa, gravedad o bomba. Esta técnica consiste en introducir un tubo por las fosas nasales o la boca del paciente hasta llegar al estómago. La inserción de la sonda gástrica debe ser realizada por personal de enfermería, asistido por el técnico auxiliar en cuidados de enfermería, teniendo las medidas de higiene y desinfección adecuadas, proporcionando los materiales necesarios, sujetando y tranquilizando a los pacientes y colaborando en todas las tareas necesarias como parte de sus funciones.

2 Objetivos

- Exponer en qué consiste la técnica de inserción de una sonda nasogástrica.
- Describir las funciones del técnico auxiliar en cuidados de enfermería en el procedimiento de colocación de la sonda.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación con la revisión bibliográfica sobre literatura científica actual existente.

Se ha realizado la búsqueda sistemática en libros y se han consultado artículos de las principales bases de datos como Pubmed o Medline. Los descriptores buscados han sido: sonda nasogástrica, tipos de sonda y funciones del TCAE.

4 Resultados

Antes de realizar la técnica de inserción de la sonda gástrica, el técnico auxiliar en cuidados de enfermería prepara los materiales necesarios, entre otros: Jeringas, guantes estériles, gasas, estetoscopios, paños estériles, lubricantes hidrosolubles, suero fisiológico, bolsa colectora, torundas, el tapón sellado, bandeja o batea, sondas de calibre especificado... Una vez que el material esté listo, colaborará con el personal de enfermería para entregarle todo lo que necesite de forma aséptica (no deberá tocar el material que hay en el interior del envoltorio).

Pasos de la técnica:

- Explicar y tranquilizar al paciente del procedimiento, ya que es una técnica molesta que puede producirle arcadas. Se coloca en la posición Fowler (sentado en la cama con el respaldo en un ángulo de 90 grados). Si no es posible por alguna

patología, se puede cambiar de posición y poner en decúbito lateral, le pediremos que colabore en lo posible.

- Si está utilizando prótesis dentales, deberemos retirarlas.
- Todas las personas involucradas en esta técnica deben lavarse las manos higiénicamente y usar guantes.
- Cubriremos el tórax del paciente con un suapel o empapador y colocaremos encima una bandeja o batea por si el paciente vomita al introducir la sonda.
- Limpiaremos las fosas nasales para comprobar la permeabilidad y pediremos al paciente que alterne la respiración por cada fosa nasal mientras bloquea la fosa nasal opuesta, ya que la fosa nasal en la cual se deberá introducir la sonda será por la que mejor respire y más permeable. La longitud de la sonda se mide desde el lóbulo de la oreja hasta la punta de la nariz y desde el lóbulo de la oreja hasta el esternón. La sonda se recomienda que sea marcada para una fácil inserción.
- Lubricaremos el extremo distal de la sonda sin tocarlo.
- El personal de enfermería dirigirá la sonda hacia abajo y comenzará con la inserción de la sonda con un movimiento circular hacia la oreja del mismo lado.
- Sostendremos la cabeza del paciente ligeramente hacia atrás para facilitar el acceso a la orofaringe. Haciendo que el paciente abra la boca y la incline hacia adelante para que sea más fácil que el tubo entre en el tracto digestivo. Una vez insertado, deberá sujetarse con un apósito y verificar el adecuado paso de alimentos.

5 Discusión-Conclusión

La técnica para colocar una sonda nasogástrica consiste en insertar una sonda del tamaño adecuado a través de una fosa nasal hasta el estómago. Se utiliza para introducir alimentos, medicamentos, tomar muestras del estómago, en hemorragias o en el lavado gástrico. Los técnicos auxiliares en cuidados de enfermería preparan todo el material necesario para esta técnica, al paciente y proporcionan al personal de enfermería todo lo necesario durante la inserción de la sonda. En el cuidado diario del paciente, se deberá observar la sonda para ver si funciona correctamente y asegurarse de que esté bien sujeta para evitar que se salga. Cualquier anomalía encontrada debe ser comunicada inmediatamente al personal de enfermería.

6 Bibliografía

1. Medicos P. Sondaje nasogástrico: cuidados, administración de medicación y tolerancia nutricional [Internet]. Revista-portalesmedicos.com. Revista Electrónica de Portales Medicos.com; 2022 [citado el 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/sondaje-nasogastroico-cuidados-administracion-de-medicacion-y-tolerancia-nutricional/>
2. Ahmed NA, Ghalali LS, Rodríguez RA, Mohamed SM, Mimun SA, El Khadir FA. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la alimentación enteral por intubación nasogástrica. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2023 [citado el 9 de agosto de 2023];4(4):226. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8931022>
3. Procedimiento. SNG - Coidados das vías, sondas e drenaxes [Internet]. Sergas.es. [citado el 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://femora.sergas.es/Coidados-das-vias-sondas-e-drenaxes/Procedemento-SNG?idioma=es>

Capítulo 187

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL

DIANA GARCÍA DE LOS REYES

VICTORIA JIMÉNEZ SÁNCHEZ

ISABEL CASTILLO PASCUAL

BELEN TORRESANO MOTA

SARA RIVERO CARMONA

1 Introducción

A lo largo de la historia siempre ha habido personas con enfermedades o trastornos mentales, los cuales han sido asistidos por el personal médico, de enfermería y por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

Este tipo de enfermedades no solo se ven en hospitales, también los vemos en centros geriátricos y en centros especializados en personas con discapacidad psíquica, en los cuales el TCAE también juega un papel importante.

En el hospital no solo hay personas con enfermedades o trastornos mentales en la unidad de salud mental, sino que también podemos encontrarlos en otras plantas ingresados por cualquier otro tipo de enfermedad o patología.

No obstante, requieren un tipo de cuidados especiales teniendo en cuenta su enfermedad o trastorno mental.

Los TCAE deben de tener la suficiente empatía como para ponerse en el lugar de dichos pacientes, ya que el mero hecho de estar ingresados en el hospital, sea por el motivo que sea, les priva de libertad y pueden entrar en modo de ansiedad. para ello deben de seguir a sus tratamientos prescritos junto con un ambiente lo más relajado y ameno posible.

2 Objetivos

Exponer e indicar las funciones del TCAE ante pacientes con trastornos mentales 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 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 paciente con trastorno o enfermedad mental no tiene por qué estar hospitalizado en la unidad de salud mental, sino que puede asistir de forma ambulatoria o incluso en forma de urgencia para ser atendido por el facultativo y que este le prescriba su medicación para ese momento en concreto o a modo de tratamiento continuado.

Dentro del hospital, como anteriormente dicho, no solo tiene por qué un enfermo o una persona con trastorno mental estar ingresado un hospitalizado en la unidad de salud mental sino que puede estar ingresado en cualquier otro servicio hospitalario por tener otro tipo de dolencia o patología. No todos los pacientes con enfermedad o trastorno mental generan polémica con el personal sanitario que le atiende.

En ocasiones, el personal sanitario que atiende a pacientes con trastornos o enfermedades mentales tiene ciertos temores entre ellos tenemos:

Temor a que el paciente con enfermedad o trastorno mental sufra un desequilibrio y pueda agredir físicamente tanto al personal sanitario como al resto de personas presentes, este tipo de reacciones suelen tenerlas normalmente con gente

en la que tienen confianza, normalmente suelen ser sus familiares.

En algún momento se puede tener miedo al quedarse a solas con el paciente con trastorno o enfermedad mental de que este pueda cometer alguna agresión sexual.

Este tipo de miedos o temores suelen darse más en personal sanitario que no tiene mucha experiencia, en el sector de salud mental en el momento en el que estás acostumbrado a este tipo de enfermedades todas las situaciones se asimilan mejor y se van normalizando ,sabiendo como actuar en cada uno de los casos y utilizando las diferentes técnicas aprendidas.

El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en este tipo de pacientes tiene un papel muy importante entre ellos nos encontramos lo siguiente:

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe promover la relación interpersonal de los pacientes con el fin de que no se sientan aislados.

El técnico en cuidados auxiliar de enfermería debe de tratar, en todo momento, con cariño y respetando al paciente generando un ambiente de armonía y una relación positiva entre paciente y sanitario.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe de controlar la forma en la que le tienen que hablar, debe de ser de forma pausada un tono suave sin elevar el volumen de voz para que el paciente tenga un ambiente tranquilo.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe de estar lo suficientemente preparado para trabajar con enfermos de salud mental, ya que tienes que tener unos conocimientos para tratar a este tipo de pacientes, no todas las personas están capacitadas para trabajar en este servicio, ya que puede afectarles emocionalmente, en este caso ,deben de pedir un traslado a otro tipo de servicio.

Para trabajar en este tipo de servicio tienes que tener una motivación y una vocación, ya que estos pacientes necesitan unos cuidados especiales en cuanto al trato psicológico. Hay que ser pacientes y saber que las jornadas pueden llegar a ser muy intensas con muchos episodios de angustia.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE que trabaje en el servicio de salud mental debe de tener mucha empatía con los pacientes, ser tranquilo y tener mucha paciencia, ya que ante cualquier tipo de desequilibrio del paciente todas estas cualidades son imprescindibles.

El TCAE, por supuesto, tiene que trabajar en equipo con el resto de sanitarios con el fin de que el paciente con trastorno o enfermedad mental consiga un equilibrio físico, psíquico y social y pueda volver a su domicilio y realizar una vida normal. También debe de dar unas pautas a sus familiares.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/tcae-pacientes-trastornos-mentales/>.
2. <https://www.euroinnova.edu.es/blog/cuidados-de-enfermeria-en-salud-mental>.
3. https://www.aulafae.org/114_el-auxiliar-de-enfermeria-tcae-en-la-atencion-alpaciente-psiquiatrico.

Capítulo 188

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA ALIMENTACIÓN DEL NEONATO

DIANA GARCÍA DE LOS REYES

VICTORIA JIMÉNEZ SÁNCHEZ

ISABEL CASTILLO PASCUAL

BELEN TORRESANO MOTA

SARA RIVERO CARMONA

1 Introducción

En este capítulo vamos a hablar del servicio de neonatología, las tareas que debe realizar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, las normas que tiene que haber en este servicio y la atención que debe de recibir el neonato.

En el servicio de neonatología podemos encontrar varias divisiones, entre ellos la sala plomada para rayos x, la sala donde están los biberones, la sala de incubadoras, los almacenes, la farmacia, ... Estos son algunos de los boxes que podemos encontrar en el servicio de neonatología.

En este, como en todos los servicios es primordial el lavado de manos para mantener una higiene adecuada para realizar cualquier técnica enfocada al niño, este

tipo de higiene tiene que ser realizada por todo el equipo de enfermería, del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, de los padres y de cualquier familiar que vaya a tener contacto con el neonato.

Es muy importante que en este servicio llevemos el pelo recogido, las uñas cortas, sin esmalte de uñas, no llevar pulseras, relojes, anillos, pendientes para evitar que neonato pueda lastimarse.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe cerciorarse de que tanto la madre como en neonato se encuentran en un ambiente tranquilo y agradable en todo momento.

2 Objetivos

-Describir e indicar las funciones y el trato del técnico de cuidados auxiliares de enfermería ante pacientes neonatos 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 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 técnico en cuidados auxiliar de enfermería en la alimentación del neonato se distribuye en varias tareas, las cuales están separadas en diferentes boxes.

Nos encontramos box en los que están los biberones que es el box, los cuidados intermedios, el box donde está la ropa que se llama box de aislados y el box donde el técnico de cuidados auxiliares de enfermería se encargan de calentar los biberones, esterilizarlos, llevar un listado de la alimentación de cada neonato, etcétera

El técnico en cuidados auxiliar de enfermería es el que se encargan de llevar al neonato al box en el cual le tengan que realizar alguna prueba.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe de saber cómo realizar la alimentación del neonato, para ello tiene que ser consciente de una serie de reglas,

entre ellas nos encontramos en que ninguna leche puede ser calentada nunca en un microondas, el biberón se tiene que poner en el calentador de agua y una vez que esté caliente se echaría la leche de fórmula, una vez calentados todos los biberones el técnico en cuidados auxiliares de enfermería es el encargado en repartirlo por las diferentes habitaciones o boxes.

Entre los tipos de fórmulas nos encontramos algunas que son especiales, estas, deben de atemperarse bajo el chorro de agua caliente o en su defecto puede ponerse un máximo de dos minutos en el calienta biberones con el fin de que esta fórmula especial no se eche a perder. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe de asegurarse que el biberón que se ha preparado es el que corresponde a cada neonato, ya que hay algunos neonatos que tienen pautado un determinado tipo de alimentación.

Uno de los papeles del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la alimentación del neonato es guiar a los padres en la forma en la que tienen que dar el biberón al bebé.

En el caso de que la lactancia o ya sea succionando de la glándula mamaria, el técnico en cuidados de enfermería también guiará a la madre para hacerlo de la mejor forma posible, tanto para el bebé como para ella.

Es de vital importancia que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería aconseje a la madre que la mejor forma de alimentar a su bebé es con la lactancia materna, no obstante, si esto no es posible también tranquilizarla explicándole que las fórmulas de leche para el neonato están muy estudiadas con todos los nutrientes necesarios para su correcto crecimiento.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el servicio de neonatología debe de guiar y aconsejar tanto la madre como el resto de familiares como ofrecer una atención al neonato de forma correcta. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe de estar formado en la atención a los niños de riesgo, tanto para su cuidado como para los consejos que debe darles a los padres y familiares en cuanto a la alimentación del neonato.

El hacer este tipo de recomendaciones en los cuidados del neonato no solo depende del técnico en cuidados auxiliar de enfermería, sino que también depende del resto del equipo médico y de enfermería, con el fin de que el niño reciba una buena alimentación y pueda tener un crecimiento dentro de lo normal sin tener ningún déficit de nutrientes.

6 Bibliografía

1. <https://www.npunto.es/revista/2/el-auxiliar-de-enfermeria-ante-nutricionparenteral-en-pacientes-criticos-en-neonatologia%C2%A0>
<https://revistamedica.com/tcae-atencion-neonato/>.

Capítulo 189

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

DIANA GARCÍA DE LOS REYES

VICTORIA JIMÉNEZ SÁNCHEZ

ISABEL CASTILLO PASCUAL

BELEN TORRESANO MOTA

SARA RIVERO CARMONA

1 Introducción

Una unidad de cuidados intensivos es la parte de un hospital que realiza una atención a pacientes con problemas de salud potencialmente mortales. Es necesario que se les monitoree y llevar un tratamiento constante y una vigilancia que pueden incluso necesitar un soporte para las funciones vitales, usando monitores cardíacos, ventilación mecánica, sondas de alimentación, vías intravenosas, arteriales, femorales, drenajes y catéteres entre otras. La UCI también se puede denominar unidad de terapia intensiva o unidad de atención clínica.

Se trata de una unidad donde se atiende enfermos graves recuperables donde trabaja un equipo multidisciplinar de sanitarios vital para la recuperación del

paciente. En ese equipo entra el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, donde hablaremos de él en este documento.

Un técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es un profesional del ámbito sanitario que ha obtenido un título de ciclo formativo de grado medio y son los encargados, junto con todo el equipo sanitario y no sanitario, del cuidado de los pacientes tanto en alimentación, aseo y movilidad y de proporcionar los mejores cuidados a los pacientes ingresados.

Los TCAE no solo se limitan a estas funciones, sino que pueden especializarse en unidades concretas como es la unidad de cuidados intensivos.

2 Objetivos

- Conocer la unidad de cuidados intensivos y su significado.
- Describir las funciones, obligaciones e importancia del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (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

Introducción La Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), establece, en sus artículos 27, 28 y 29, la necesidad de elaborar garantías de seguridad y calidad que, acordadas en el seno del Consejo Interterritorial del SNS, deberán ser exigidas para la regulación y autorización por parte de las comunidades autónomas de la apertura y puesta en funcionamiento en su respectivo ámbito territorial de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

La unidad 37 Medicina intensiva, de la oferta asistencial, se define como una unidad asistencial en la que un médico especialista en medicina intensiva es responsable de que se preste la atención sanitaria precisa, continua e inmediata, a pacientes con alteraciones fisiopatológicas que han alcanzado un nivel de

gravedad tal que representan una amenaza actual o potencial para su vida y son susceptibles de recuperación

. La Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado (EESCRI) define la unidad de cuidados intensivos como aquella destinada a la atención de enfermos que requieren cuidados y monitorización intensiva

Este es el motivo por lo que, a efectos de este documento, utilizamos este término de unidad de cuidados intensivos (UCI), que es aquella unidad que:

1. Puede atender a pacientes que se sitúan en los niveles 2 y 3 de cuidados críticos, que según el Departamento de Salud del Reino Unido los pacientes situados en el nivel 2 son pacientes que requieren observación más frecuente o intervención, incluido el soporte a un sistema orgánico, o cuidados postoperatorios o aquellos que provienen de niveles más altos de cuidados y los del nivel 3 son pacientes que necesitan soporte respiratorio avanzado o básicos que incluye todos los pacientes complejos requiriendo soporte por fallo multiorgánico.

La unidad de cuidados intensivos da atención a pacientes graves con fracaso agudo de algún órgano como puede ser del hígado, pulmones, riñones y también suelen ingresar personas con shocks con infecciones graves o con alguna cirugía importante.

Los hospitales pueden disponer de UCI para personas que se han sometido a cirugías, donde los pacientes son niños, pacientes con infartos o ritmos cardíacos anómalos o incluso pacientes con lesiones graves traumatológicas.

Tipos y especialidades de UCI

- Cuidados intensivos cardiológicos o unidad coronaria.
- Unidad posoperatoria de cirugía cardíaca.
- Unidad de Trasplante de órganos.
- Cuidados intensivos psiquiátricos.
- Cuidados posoperatorios, aunque la mayoría son «unidades de cuidados intensivos polivalentes».

Las funciones del TCAE en UCI se engloban en tres momentos.

En el momento del pre-ingreso:

- Revisión del box para que esté todo el material necesario, comprobar ambú y aspirador de secreciones, que estén todos los cables de monitorización, preparar respirador y sistemas de oxigenoterapia.
- Recepcionar al paciente y preparar lo necesario para el traspaso del paciente a la cama con el transfer, prepara material necesario para la realización de técnicas junto a enfermera y médico y tener a mano los carros tanto de curas, para e intubación por si fuera necesario.
- Asegurarnos de sí el paciente tiene algún tipo de alergia o aislamiento para

preparar el material necesario estipulado por los protocolos, tanto si es de contacto, entérico, por gotas, respiratorio o inverso.

En el momento durante el ingreso:

- Una vez recibido el ingreso, explicar al paciente en todo momento lo que se le va a realizar.
- Monitorizar a paciente y toma de constantes, temperatura, diuresis en caso de llevar sonda vesical y si es diuresis en pañal, revisarlo por si necesitara aseo o sustitución por uno limpio.
- Revisar la piel del paciente por si tuviera úlceras.
- Aseo del paciente en caso de que fuera necesario y en su estancia se hará todos los días empezando por la cara y lo últimos genitales, administrando los cuidados higiénico-dietéticos necesarios para evitar la aparición de úlceras.
- Se realizará cambio de sábanas y movilización de los pacientes, realizando cambios posturales cada 2 horas.
- Se le ayudará a la enfermera en la aspiración de secreciones para que no pierda la esterilidad.
- El TCAE será el encargado de la alimentación del paciente.
- Se le ayudará a la enfermera a la recogida de muestras y si es necesario muestra de orina lo hará el propio TCAE.
- El TCAE será el encargado de preparar y tener a mano todo el material necesario a la hora de realizar cualquier técnica.
- Se registrarán las pertenencias del paciente.

En el momento del alta del paciente:

- El TCAE se encargará de que el paciente se lleve todas sus pertenencias.
- Preparar al paciente para su traslado cambiando urímetro si lleva sonda vesical, cambiando pañal, se le pondrá camisón, se le retirará monitorización y se colabora con la enfermera y celador al traspaso de paciente a la cama de planta o silla de ruedas.
- Una vez el BOX libre se limpiarán todos los aparatos, cables de monitorización, bombas de medicación, se tirará el material usado por el paciente, en caso de que haya necesitado respirador se quitara las piezas desechables y se tiraran y las que necesitan esterilización se lavaran y desinfectaran para su posterior traslado al servicio de esterilización. Si el paciente tiene algún tipo de aislamiento, se avisará al servicio de limpieza para que realicen los protocolos necesarios de limpieza del BOX incluido paredes.
- Una vez limpio se procederá al montaje del BOX.

También debemos conocer las funciones que no son competencia del TCAE como son:

- No debe administrar medicamentos por vía parenteral.
- No debe realizar punciones ni poner inyecciones.
- Tampoco debe realizar pruebas diagnósticas.

5 Discusión-Conclusión

Dar a conocer la unidad de cuidados intensivos es para que las personas sepan de su existencia y el tipo de cuidados que se realizan en ellas.

La difusión de información sobre la UCI es muy importante para garantizar una atención de calidad y se pueda dar la atención necesaria en caso de emergencia y que todo el personal sepa que se tiene que hacer en cada caso, ya que en ocasiones es vital y en esta unidad no se puede dudar ni tener fallos y tiene que estar todo muy protocolarizado.

Por tanto, el TCAE desempeña un papel vital en la Unidad de Cuidados Intensivos, formando un equipo mano a mano con enfermería y el personal médico para la correcta atención del cuidado de los pacientes críticos.

El TCAE es un apoyo esencial en estas unidades, ya que con su apoyo a enfermero y médicos permiten formar el equipo perfecto para garantizar una atención íntegra y eficiente para los pacientes más vulnerables.

6 Bibliografía

- 1-https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/19957.htm.
- 2-<https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/temas-especiales/atenci%C3%B3n-hospitalaria/unidades-de-cuidados-especiales>.
- 3-<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>.
- 4-<https://essaformacion.com/funciones-del-auxiliar-de-enfermeria-en-la-uci>.
- 5-<https://medac.es/blogs/sanidad/que-es-tcae>.

Capítulo 190

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE ULCERAS POR PRESIÓN

MARIA CORTES MOLINA TORRALBA

RAQUEL SÁNCHEZ GARCIA

JAIME PONCE ALFARO

JOSÉ FRANCISCO REQUENA CANO

FRANCISCO JOSÉ RUIZ-CORNEJO MORENO

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) representan un desafío significativo en el ámbito de la atención médica, ya que pueden causar dolor, sufrimiento y complicaciones graves para los pacientes.

El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la prevención de úlceras por presión es esencial en el ámbito de la atención sanitaria. Estos profesionales desempeñan un papel crucial al colaborar estrechamente con el equipo de enfermería y médico en la implementación de medidas preventivas.

Además, los TCAE contribuyen en la educación de los pacientes y sus familias sobre la importancia de mantener una buena higiene, una alimentación equilibrada y el uso adecuado de cojines antiescaras, entre otros consejos preventivos.

Su compromiso y atención meticulosa son esenciales para minimizar el riesgo de úlceras por presión y mejorar la calidad de vida de los pacientes hospitalizados o en cuidados a largo plazo.

Sus funciones en los cuidados de las úlceras por presión incluyen la asistencia en la movilización y cambio de posición de los pacientes con regularidad, el control y ajuste de dispositivos de apoyo, así como la observación constante de la piel en busca de signos tempranos de daño.

Sus funciones incluyen la realización de cambios posturales periódicos para prevenir la aparición de úlceras por presión en pacientes con movilidad reducida.

Asisten en la higiene y el control de la humedad de la piel, aplican apósitos y cremas según las indicaciones, y colaboran en la administración de tratamientos prescritos.

Además, el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería puede monitorizar y registrar la evolución de las úlceras, proporcionando información importante al equipo médico.

En definitiva, su labor contribuye significativamente al bienestar y la recuperación de los pacientes con UPP.

2 Objetivos

- Describir el papel que desempeña el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la prevención y cuidados de 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 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 prevención de úlceras por presión es crucial para la atención médica de pacientes que tienen limitada movilidad o permanecen en cama durante períodos prolongados. Estas úlceras, también conocidas como escaras, son lesiones

cutáneas que se desarrollan cuando la presión constante sobre ciertas áreas del cuerpo restringe el flujo sanguíneo, lo que resulta en daño a los tejidos.

Los profesionales de la salud deben realizar evaluaciones regulares del riesgo de úlceras por presión en pacientes vulnerables, y adaptar las medidas preventivas de acuerdo a sus necesidades individuales.

La educación del personal de cuidados y de los pacientes, junto con la comunicación interdisciplinaria, es fundamental para garantizar una atención integral y efectiva en la prevención de úlceras por presión.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un papel esencial en la prevención y curación de úlceras por presión.

Los objetivos del TCAE en la prevención de úlceras por presión incluyen reducir el riesgo de desarrollar estas úlceras en pacientes con movilidad limitada o en riesgo, mejorar la calidad de vida del paciente al evitar el dolor y las complicaciones asociadas, promover la salud de la piel a través de medidas como cambios de posición regulares, uso de dispositivos de alivio de presión, mantenimiento de la higiene adecuada y control de la humedad. Además, se busca educar tanto al personal de salud como a los pacientes y sus cuidadores sobre las prácticas adecuadas para prevenir estas úlceras.

Su trabajo es fundamental para garantizar el bienestar y la salud de los pacientes que tienen movilidad limitada o están postrados en cama durante períodos prolongados.

En términos de prevención, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería trabaja en estrecha colaboración con el equipo de enfermería y otros profesionales de la salud para implementar medidas preventivas. Esto incluye ayudar en la rotación y cambios de posición regulares del paciente, lo que ayuda a aliviar la presión en áreas específicas del cuerpo. También es responsabilidad del TCAE asegurarse de que los pacientes utilicen colchones y cojines adecuados para reducir la presión en puntos críticos y prevenir la formación de úlceras.

Además, el TCAE desempeña un papel fundamental en el cuidado de la piel. Realiza tareas como el lavado y secado adecuados de la piel, aplicando cremas o lociones recomendadas para mantener la piel hidratada y saludable. También colabora en la observación de cualquier signo temprano de enrojecimiento o irritación de la piel, lo que podría indicar el desarrollo incipiente de una úlcera por presión.

En cuanto a la curación, el TCAE asiste en la aplicación de tratamientos tópicos y en la colocación de apósitos especiales en las úlceras existentes para promover la cicatrización y prevenir infecciones. Además, ayuda en la gestión de la higiene y el aseo de las úlceras, siguiendo las indicaciones del personal de enfermería.

La comunicación entre el TCAE y el equipo de enfermería es vital para asegurar que las intervenciones preventivas y curativas se lleven a cabo de manera adecuada y coordinada.

La formación continua y la actualización sobre las mejores prácticas en la prevención y tratamiento de úlceras por presión son esenciales para que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeñe su rol de manera efectiva en la atención al paciente. Su participación es fundamental en la atención integral.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se constata que la prevención de úlceras por presión es esencial para pacientes con movilidad limitada. También conocidas como escaras, estas lesiones surgen debido a la presión constante que restringe el flujo sanguíneo y daña los tejidos.

Los profesionales de la salud evalúan el riesgo y aplican medidas preventivas según las necesidades.

Se destaca el papel vital que juega el TCAE en este ámbito, colaborando con el equipo médico para realizar cambios posturales, usar colchones adecuados y cuidar la piel con lavado, cremas y observación de signos tempranos. Además, asiste en la curación mediante tratamientos tópicos y apósitos especiales para promover la cicatrización. La comunicación interdisciplinaria es clave.

La formación continua asegura que el TCAE desempeñe su rol en la atención integral del paciente.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com/funciones-tcaeupp/>.
- <https://www.revistaportalesmedicos.com/revista-medica/papel-del-auxiliar-de-enfermeria-en-las-ulceras-por-presion/>
<https://congresosicepa.com/tcaeulceraspresion/>.
- <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7171875>.
- <https://www.google.com/urlsa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=>.
- https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adjuntos/enfermeria/.

Capítulo 191

TAREAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA HOSPITALARIA

MARIA ISABEL BAÑARES GÓMEZ

MARÍA ROSA PRESTEL MARTÍN

MARTA GOMEZ ROJAS

MARIA ESTRELLA SANCHEZ CORROCHANO

ANA MARÍN MUNUERA

1 Introducción

Un servicio hospitalario de geriatría es una unidad médica especializada en la atención de pacientes de edad avanzada, generalmente mayores de 65 años, que requieren cuidados médicos y de enfermería específicos. Estos servicios están diseñados para abordar las necesidades únicas de la población geriátrica, que a menudo enfrenta una serie de desafíos de salud relacionados con el envejecimiento.

El equipo de atención en un servicio de geriatría suele estar compuesto por médicos geriatras, enfermeras especializadas en gerontología, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas, entre otros profesionales de la salud. Trabajan en

conjunto para evaluar y tratar a los pacientes, teniendo en cuenta no solo sus problemas médicos, sino también sus necesidades sociales y emocionales.

Los pacientes en un servicio de geriatría pueden presentar una variedad de condiciones médicas, como demencia, fragilidad, caídas recurrentes, polifarmacia y problemas de movilidad. El enfoque principal es mejorar la calidad de vida de los pacientes, promover la independencia funcional y prevenir complicaciones.

Los programas de rehabilitación y la planificación de cuidados a largo plazo son componentes clave de la atención geriátrica hospitalaria. Además, se presta atención especial a la prevención de problemas como las úlceras por presión y las infecciones relacionadas con la hospitalización.

Un servicio hospitalario de geriatría se dedica a atender las necesidades de salud específicas de los adultos mayores, brindándoles atención médica integral y personalizada para promover su bienestar y calidad de vida durante la etapa de envejecimiento.

2 Objetivos

- Describir las principales funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de geriatría hospitalaria.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se han valorado y realizado distintas investigaciones sobre 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 la información científica procedente de publicaciones académicas revisadas.

Posteriormente, se ha revisado la presente publicación de forma empírica.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un papel fundamental en el servicio de geriatría hospitalaria. Su labor abarca una amplia gama de funciones que se centran en proporcionar cuidados esenciales y apoyo a los pacientes geriátricos, así como colaborar estrechamente con el equipo de salud. A continuación, se describen algunas de las principales funciones de un TCAE en este entorno:

- Asistencia en la movilidad:

Los pacientes geriátricos a menudo tienen limitaciones en su movilidad. El TCAE ayuda en la movilización, el traslado de pacientes en camilla o silla de ruedas, y la prevención de úlceras por presión al cambiar de posición regularmente.

- Aseo e higiene personal:

El cuidado de la higiene personal es crucial para la comodidad y la salud de los pacientes. Los TCAE asisten en el baño, cambio de ropa, afeitado y otras actividades de cuidado personal.

- Control de signos vitales:

Los TCAE registran y supervisan signos vitales como la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la temperatura, informando cualquier cambio al personal de enfermería o médicos.

- Administración de medicamentos:

Bajo supervisión, pueden administrar medicamentos por vía oral o tópica, asegurando que se sigan las pautas y dosis correctas.

- Asistencia en la alimentación:

Muchos pacientes geriátricos pueden tener dificultades para alimentarse. Los TCAE ayudan con la alimentación, asegurando que los pacientes reciban una nutrición adecuada.

- Colaboración en terapias:

Ayudan en la implementación de terapias de rehabilitación, incluyendo ejercicios de movilidad y actividades físicas prescritas por terapeutas ocupacionales o fisioterapeutas.

- Soporte emocional:

La población geriátrica a menudo enfrenta desafíos emocionales. Los TCAE brindan apoyo emocional, escuchando a los pacientes y proporcionando compañía cuando es necesario.

- Documentación:

Mantienen registros precisos de las actividades realizadas, incluyendo cambios en el estado del paciente y administración de medicamentos, lo que es esencial para la continuidad de la atención.

- Preparación de materiales y equipos:

Aseguran que las habitaciones estén equipadas con los suministros necesarios y que los dispositivos médicos estén en buen estado de funcionamiento.

- Seguridad del paciente:

Contribuyen a la seguridad de los pacientes mediante la identificación de riesgos y la prevención de caídas, accidentes y lesiones.

- Comunicación en equipo:

Trabajan en estrecha colaboración con enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud, transmitiendo información relevante sobre el estado de los pacientes y participando en reuniones de equipo.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de geriatría hospitalaria es un miembro esencial del equipo de atención, proporcionando cuidados directos a los pacientes y desempeñando un papel importante en la promoción del bienestar y la comodidad de los adultos mayores hospitalizados. Su contribución contribuye en gran medida a la calidad de atención que estos pacientes reciben.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo en este trabajo, se destaca como principal recomendación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), para ofrecer un excelente servicio en el área de geriatría hospitalaria, la empatía. La población geriátrica a menudo enfrenta desafíos de salud y emocionales únicos. Mostrar empatía significa comprender y compartir los sentimientos de los pacientes, estar atentos a sus necesidades y responder con calidez y compasión.

La empatía facilita una relación de confianza con los pacientes y sus familias, lo que a su vez mejora la comunicación y la calidad de la atención. Al entender las preocupaciones y temores de los pacientes mayores, el TCAE puede brindar un apoyo emocional efectivo y ayudar a aliviar la ansiedad.

Además, la empatía promueve un ambiente de cuidado centrado en el paciente, donde se respeta la dignidad y se valora la individualidad de cada persona mayor, lo que es esencial para una atención geriátrica de alta calidad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 192

TAREAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS

MARIA ISABEL BAÑARES GÓMEZ

MARÍA ROSA PRESTEL MARTÍN

MARTA GOMEZ ROJAS

MARIA ESTRELLA SANCHEZ CORROCHANO

ANA MARÍN MUNUERA

1 Introducción

La hemodiálisis es un tratamiento médico vital para personas con enfermedad renal avanzada. Funciona como un sustituto artificial de los riñones dañados o ineficaces al eliminar desechos y exceso de líquidos de la sangre.

Durante la hemodiálisis, se extrae la sangre del paciente a través de un acceso vascular, generalmente una fístula arteriovenosa o un catéter venoso central. La sangre fluye a través de un filtro llamado dializador, que contiene miles de diminutos tubos semipermeables. Estos tubos permiten que las sustancias nocivas, como la urea y la creatinina, se difundan desde la sangre hacia una solución de dializado, eliminando así las toxinas.

Luego, la sangre purificada se devuelve al cuerpo del paciente. Este proceso suele llevar varias horas y debe repetirse de manera regular, generalmente tres veces

por semana. La duración y la frecuencia varían según la gravedad de la enfermedad renal.

La hemodiálisis puede mejorar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica, pero también requiere un compromiso constante. Los pacientes deben seguir una dieta estricta, controlar la ingesta de líquidos y tomar medicamentos según las indicaciones médicas.

Es importante destacar que la hemodiálisis es un tratamiento de soporte y no una cura para la enfermedad renal. La mejor opción para muchos pacientes sigue siendo el trasplante de riñón, que ofrece una mayor calidad de vida y supervivencia a largo plazo. Sin embargo, la hemodiálisis sigue siendo esencial para aquellos que están en lista de espera para un trasplante o no son candidatos adecuados para uno.

2 Objetivos

- Dar a conocer las tareas del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el servicio de hemodiálisis.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se han valorado y realizado distintas investigaciones sobre 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 la información científica procedente de publicaciones académicas revisadas. Posteriormente, se ha revisado la presente publicación de forma empírica.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un papel fundamental en el servicio de hemodiálisis hospitalario, colaborando estrechamente con el equipo médico y de enfermería para garantizar la seguridad y comodidad de los pacientes.

A continuación, se describen algunas de las funciones clave de un TCAE en este entorno:

- Preparación de material:

El TCAE debe asegurarse de que todos los equipos y materiales necesarios para las sesiones de hemodiálisis estén esterilizados, calibrados y listos para su uso. Esto incluye las máquinas de diálisis, agujas, catéteres y otros dispositivos.

- Asistencia al paciente:

El TCAE ayuda a los pacientes a prepararse para la hemodiálisis, brindando apoyo emocional y físico. Esto puede incluir la colocación de catéteres o agujas de acceso vascular y asegurarse de que el paciente esté cómodo durante el procedimiento.

- Control de constantes vitales:

Durante la hemodiálisis, el TCAE debe monitorear regularmente las constantes vitales del paciente, como la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la temperatura. Esto es esencial para detectar y comunicar cualquier cambio significativo en la salud del paciente.

- Observación de signos de complicaciones:

El TCAE debe estar atento a posibles complicaciones durante la hemodiálisis, como la aparición de coágulos sanguíneos, reacciones alérgicas o problemas en el acceso vascular. Deben comunicar de inmediato cualquier problema al equipo médico.

- Manejo de residuos biológicos:

La hemodiálisis genera residuos biológicos peligrosos. El TCAE debe seguir estrictos protocolos de eliminación de estos residuos para garantizar la seguridad ambiental y la prevención de infecciones.

- Apoyo en el transporte de pacientes:

Muchos pacientes de hemodiálisis requieren traslados desde y hacia el área de diálisis. El TCAE puede ayudar en el transporte de pacientes en camillas o sillas de ruedas, garantizando que se realice de manera segura y cómoda.

- Registro de información:

Llevar un registro preciso de las observaciones y datos relevantes durante la hemodiálisis es crucial. Los TCAE registran información sobre la cantidad de líquido eliminado, la tensión arterial, el pulso y cualquier evento inusual.

- Educación al paciente:

Los TCAE a menudo proporcionan educación a los pacientes sobre su enfermedad renal, la dieta necesaria y las pautas de cuidado en el hogar. Esto ayuda a empoderar a los pacientes para que participen en su propio cuidado.

- Mantenimiento y limpieza de equipos:

Después de cada sesión de hemodiálisis, el TCAE debe limpiar y desinfectar cuidadosamente los equipos y las áreas de trabajo para prevenir infecciones cruzadas y garantizar que estén listos para la siguiente sesión.

- Colaboración en emergencias:

En situaciones de emergencia, como una reacción alérgica grave o un problema técnico con la máquina de hemodiálisis, el TCAE debe estar preparado para colaborar en la atención inmediata al paciente y seguir los protocolos de emergencia.

El TCAE en el servicio de hemodiálisis hospitalario es esencial para garantizar un tratamiento seguro y efectivo para los pacientes con enfermedad renal. Su trabajo en estrecha colaboración con el equipo médico y de enfermería contribuye significativamente a la calidad de atención brindada a estos pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) para garantizar un excelente servicio de hemodiálisis hospitalario es la atención centrada en el paciente. Esto implica poner al paciente en el centro de todas las acciones y decisiones.

Se destaca la importancia de la escucha activa del TCAE sobre las necesidades y preocupaciones del paciente, brindar apoyo emocional y educación sobre su tratamiento y asegurarse de que se sienta cómodo y seguro durante las sesiones de hemodiálisis. Además, es esencial mantener una comunicación abierta y comprensiva con el paciente y sus familias, involucrándolos en su propio cuidado.

Al priorizar la atención centrada en el paciente, el TCAE contribuye significativamente a la calidad de vida de quienes requieren hemodiálisis, promoviendo no solo la salud física, sino también el bienestar emocional y psicológico de los pacientes, lo que es esencial en un entorno médico tan desafiante.

6 Bibliografía

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

Capítulo 193

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA DE TRAUMATOLOGÍA

MARIA ISABEL BAÑARES GÓMEZ

MARÍA ROSA PRESTEL MARTÍN

MARTA GOMEZ ROJAS

MARIA ESTRELLA SANCHEZ CORROCHANO

ANA MARÍN MUNUERA

1 Introducción

Un servicio de lista de espera quirúrgica en traumatología es una parte crítica de cualquier hospital o centro médico. Este servicio se encarga de gestionar y coordinar las cirugías ortopédicas necesarias para pacientes con lesiones o afecciones traumatológicas. Aquí hay una descripción de su función en 230 palabras:

El servicio de lista de espera quirúrgica de traumatología es esencial para garantizar que los pacientes que requieren cirugía ortopédica reciban atención de manera oportuna y eficiente. Su principal responsabilidad es administrar la lista de pacientes que esperan ser sometidos a procedimientos quirúrgicos ortopédicos,

priorizando las cirugías según la gravedad de la afección y la disponibilidad de recursos.

El proceso comienza con la evaluación de cada paciente por parte de un cirujano ortopédico. Una vez que se determina la necesidad de cirugía, el paciente se agrega a la lista de espera. El servicio de lista de espera se encarga de mantener un registro detallado de cada paciente, incluyendo su diagnóstico, fecha de ingreso en la lista de espera y cualquier cambio en su condición médica.

Además, este servicio se comunica constantemente con los pacientes para proporcionar información actualizada sobre su posición en la lista y cualquier cambio en la programación de cirugías. También coordina las citas preoperatorias, pruebas médicas y otros preparativos necesarios antes de la cirugía.

La gestión eficaz de la lista de espera quirúrgica es crucial para evitar demoras innecesarias y garantizar que los pacientes reciban la atención que necesitan de manera oportuna. Además, el servicio de lista de espera trabaja en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería para garantizar que el quirófano esté listo y equipado para cada procedimiento quirúrgico.

El servicio de lista de espera quirúrgica de traumatología es fundamental para garantizar que los pacientes traumatológicos reciban atención quirúrgica de calidad de manera eficiente y oportuna, mejorando así su calidad de vida y su recuperación.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de lista de espera quirúrgica de traumatología.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se han valorado y realizado distintas investigaciones sobre 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 la información científica procedente de publicaciones académicas revisadas.

Posteriormente, se ha revisado la presente publicación de forma empírica.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un papel vital en el servicio de lista quirúrgica de traumatología, donde su contribución es fundamental para asegurar que los pacientes reciban la atención necesaria antes y después de las cirugías ortopédicas.

Aquí se detallan algunas de las funciones clave de un TCAE en este servicio:

- Recepción y registro de pacientes:

El TCAE recibe a los pacientes que han sido programados para cirugía ortopédica. Registra información crucial, como datos personales, historial médico y el procedimiento quirúrgico programado.

- Preparación preoperatoria:

Ayuda a los pacientes a prepararse para la cirugía, proporcionando instrucciones sobre el ayuno, la higiene y los cambios de vestimenta necesarios. También puede asistir en la administración de medicamentos preoperatorios bajo supervisión.

- Preparación del quirófano:

El TCAE colabora con el personal de quirófano para asegurarse de que todo esté listo antes de la cirugía. Esto incluye verificar la disponibilidad de instrumentos quirúrgicos, esterilización adecuada y la preparación del paciente en la mesa de operaciones.

- Asistencia al cirujano:

Durante la cirugía, el TCAE puede desempeñar un papel importante como asistente del cirujano ortopédico. Esto implica la entrega de instrumentos, la realización de suturas simples y el mantenimiento del campo estéril.

- Monitorización postoperatoria:

Después de la cirugía, el TCAE está a cargo de la monitorización del paciente mientras se recupera de la anestesia. Controla signos vitales, como la presión arterial y la frecuencia cardíaca, y notifica al equipo médico cualquier cambio significativo.

- Cuidado de heridas y vendajes:

El TCAE realiza el cuidado de heridas y aplicaciones de vendajes bajo supervisión. Esto incluye la limpieza y el vendaje de incisiones quirúrgicas para prevenir infecciones y promover una cicatrización adecuada.

- Atención al paciente:

Brinda apoyo emocional a los pacientes y sus familias, explicando el proceso postoperatorio, proporcionando analgesia según las indicaciones y asegurándose de que se sientan cómodos y seguros.

- Documentación precisa:

Mantiene registros detallados de las intervenciones realizadas, la administración de medicamentos y las observaciones del paciente. Esta documentación es esencial para el seguimiento y la coordinación de la atención.

- Coordinación de alta hospitalaria:

Ayuda en la planificación de la transición del paciente desde el hospital a su hogar o a una unidad de recuperación, asegurándose de que estén preparados y comprendan las instrucciones de seguimiento.

- Colaboración en equipo:

Trabaja en estrecha colaboración con cirujanos, enfermeras, fisioterapeutas y otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral y coordinada.

El TCAE en el servicio de lista quirúrgica de traumatología desempeña un papel esencial en todas las etapas del proceso quirúrgico, desde la preparación hasta la recuperación del paciente, garantizando una atención integral y segura.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el servicio de lista de espera quirúrgica de traumatología es la comunicación efectiva. Esto implica una comunicación clara y constante con los pacientes, sus familias y el equipo médico.

Mantener a todos informados sobre el proceso, el estado de los pacientes y cualquier cambio en la programación de cirugías es esencial para reducir la ansiedad y garantizar una atención óptima.

Además, la comunicación entre el TCAE y el equipo de atención médica es fundamental para coordinar de manera eficiente las cirugías, asegurándose de que los pacientes sean programados según su gravedad y disponibilidad de recursos. En última instancia, se resalta que una comunicación efectiva fomenta la confianza, la comprensión y la satisfacción del paciente, mejorando la experiencia del paciente en la lista de espera quirúrgica de traumatología.

6 Bibliografía

1. Martí, J. (2002). La gestión de las listas de espera quirúrgicas por los centros sanitarios y los profesionales. *Gaceta Sanitaria*, 16(5), 440-443.

Capítulo 194

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

ESTELA SUAREZ CAO

1 Introducción

La traumatología y la ortopedia se dedican al diagnóstico y tratamiento de lesiones musculoesqueléticas y trastornos relacionados. Desde fracturas óseas hasta lesiones de los tejidos blandos. La traumatología abarca una amplia gama de condiciones que requieren atención médica especializada. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) se vuelve esencial para brindar una atención integral y de calidad a los pacientes que se enfrentan a problemas traumáticos.

Los TCAE tienen un papel clave en el manejo de pacientes en estas especialidades, colaborando estrechamente con enfermeros, médicos y otros profesionales de la salud para brindar una atención integral y de calidad. Su labor va más allá de ser una simple asistencia, ya que va a colaborar de forma activa en la atención, cuidado y bienestar de los pacientes que requieren intervenciones médicas y quirúrgicas en esta disciplina. Su presencia va a garantizar un entorno médico efectivo y fluido, aliviando la carga de trabajo de los profesionales de enfermería y médicos, permitiéndoles así concentrarse en tareas de mayor complejidad.

Este trabajo científico se centra en analizar las contribuciones y desafíos que enfrentan los TCAE en este campo. Se investigan las responsabilidades de los TCAE en el cuidado de pacientes traumatológicos y ortopédicos, así como su colaboración con otros profesionales de la salud. Además, se exploran los desafíos

específicos que pueden surgir en este entorno y se discuten posibles estrategias para optimizar la colaboración interdisciplinaria y mejorar la calidad de la atención al paciente.

2 Objetivos

El objetivo es conocer las funciones y responsabilidades que tiene el TCAE en traumatología y ortopedia y resaltar su importancia.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de diferentes fuentes académicas y con bases de datos científicas como Pubmed y se han buscado los términos como "funciones del TCAE en traumatología" y "funciones y responsabilidades del TCAE en el área de ortopedia" entre otras.

4 Resultados

El TCAE colabora estrechamente con el personal de traumatología y ortopedia. Las funciones y responsabilidades que tiene el TCAE son las siguientes:

1. Preparación de materiales y equipos: el TCAE se encarga de asegurarse de los materiales y equipos necesarios para los procedimientos ortopédicos o traumatológicos estén listos y en las condiciones adecuadas.
2. Apoyo en procedimientos: asiste al personal médico y de enfermería durante los procedimientos ortopédicos y traumatológicos, proporcionando los instrumentos y suministros necesarios, preparando el área y ayudando en la movilización del paciente.
3. Cuidado postoperatorio: después de la cirugía ortopédica, el TCAE colabora en la atención postoperatoria, siguiendo las indicaciones de los profesionales de la salud para la comodidad y recuperación del paciente.
4. Movilización y traslado: ayuda a los pacientes a moverse de manera segura, utilizando las técnicas adecuadas para evitar las lesiones adicionales.
5. Higiene y confort: colabora en la higiene y el confort de los pacientes, asistiéndolos en la realización de actividades como la higiene personal y el cambio de ropa de cama.
6. Administración de medicamentos: en algunos casos, bajo la supervisión y prescripción del personal de enfermería o médico, el TCAE podría administrar

medicamentos orales o tópicos.

7. Monitorización de signos vitales: puede ser responsable de tomar y registrar los signos vitales de los pacientes, como la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la temperatura.

8. Asistencia en la rehabilitación: participa en la asistencia y apoyo a los pacientes durante las sesiones de rehabilitación, siguiendo las pautas proporcionadas por los terapeutas.

9. Comunicación: mantiene una comunicación fluida con el equipo médico y de enfermería, informando sobre cualquier cambio en el estado del paciente o cualquier necesidad especial que pueda surgir.

10. Preparación de informes: contribuye en la documentación de la evolución del paciente, registrando cuidadosamente los procedimientos realizados y cualquier observación relevante.

11. Seguridad del paciente: se asegura de que las normas de seguridad se cumplan durante todas las intervenciones y actividades, minimizando el riesgo de incidentes o lesiones.

12. Apoyo emocional: brinda apoyo emocional a los pacientes y sus familias, contribuyendo a crear un ambiente acogedor y tranquilizador.

Además de estas funciones, el TCAE de traumatología y ortopedia se van a enfrentar a desafíos específicos del área en el que trabajan. Estos desafíos incluyen la necesidad de manejar pacientes con un dolor intenso, implementar las medidas adecuadas de prevención de infecciones en heridas abiertas y garantizar así la seguridad durante la movilización de pacientes con limitaciones físicas. También es importante destacar la carga emocional asociada con las lesiones y la recuperación puede llegar a ser un reto personal para el trabajo de los TCAE.

Para optimizar la contribución de los TCAE en traumatología y en ortopedia además es importante invertir en su formación continua. Esto incluye la capacitación en técnicas de movilización seguras, manejo del dolor y cuidado de heridas especializado. Es importante fomentar una comunicación abierta y respetuosa entre los miembros del equipo de atención para mejorar la colaboración interdisciplinar.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAE juegan un papel vital en la atención traumatológica y ortopédica, proporcionando un soporte esencial tanto a los pacientes como al equipo de salud. Si bien enfrentan desafíos específicos, su capacitación y colaboración efectiva

pueden contribuir significativamente a la calidad del cuidado ofrecido. La atención continua a la formación y el trabajo en equipo son clave para garantizar un enfoque integral y compasivo en esta especialidad médica.

Hay que destacar que las funciones y responsabilidades que tiene el TCAE pueden variar según el trabajo, las regulaciones locales y la capacitación específica que haya recibido el individuo. Siempre es crucial trabajar en estrecha colaboración con el equipo de salud y seguir correctamente las indicaciones proporcionadas por el profesional médico y de enfermería.

6 Bibliografía

1. <https://ateuves.es/funciones-del-auxiliar-ortopedia-y-traumatologia/>.
2. <https://postgradomedicina.com/funciones-auxiliar-enfermeria-ambitos/#::text=Los%20auxiliares%20en%20enfermer%C3%ADa%20que,de%20relaci%C3%B3n%20y%20de%20formaci%C3%B3n.>
3. <https://revistamedica.com/competencias-profesionales-tcae-consultas-externas/>.
4. <https://daeformacion.com/funciones-auxiliar-enfermeria/>.

Capítulo 195

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA

PATRICIA SÁNCHEZ MARTÍN

LUIS MIGUEL AZAÑA MORCUENDE

SARA MUÑOZ FERNÁNDEZ

MARÍA MARTÍN-FORERO MORA

GABRIELA-VALY BIRLEA

1 Introducción

La colitis ulcerosa es una enfermedad inflamatoria intestinal crónica que afecta principalmente el revestimiento del colon (intestino grueso) y el recto. Se clasifica como una de las dos principales enfermedades inflamatorias intestinales, la otra es la enfermedad de Crohn. La colitis ulcerosa es una afección autoinmune, lo que significa que el sistema inmunológico del cuerpo ataca erróneamente el revestimiento del colon y causa inflamación.

Los síntomas típicos de la colitis ulcerosa incluyen diarrea frecuente, sangrado rectal, dolor abdominal, urgencia para evacuar y pérdida de peso no deseada. Estos síntomas pueden variar en gravedad y pueden aparecer y desaparecer en brotes.

La causa exacta de la colitis ulcerosa no se comprende por completo, pero factores genéticos, inmunológicos y ambientales parecen desempeñar un papel en su desarrollo. Los episodios de colitis ulcerosa pueden ser desencadenados por el estrés, infecciones o ciertos alimentos.

El diagnóstico de la colitis ulcerosa se realiza mediante una combinación de evaluación de los síntomas, análisis de sangre, estudios de imagen y colonoscopia con biopsias para evaluar el revestimiento intestinal.

El tratamiento de la colitis ulcerosa se centra en aliviar los síntomas, reducir la inflamación y prevenir las recaídas. Esto suele implicar medicamentos antiinflamatorios, inmunosupresores o terapia biológica, dependiendo de la gravedad de la enfermedad. En algunos casos, se puede recomendar la cirugía para extirpar el colon si otros tratamientos no son efectivos o si existen complicaciones graves.

La colitis ulcerosa es una afección crónica que puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de quienes la padecen. El manejo exitoso a menudo requiere la colaboración estrecha con un equipo médico y el cumplimiento constante del tratamiento para controlar los síntomas y prevenir complicaciones a largo plazo.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la atención a pacientes con colitis ulcerosa.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 el manejo de pacientes con colitis ulcerosa, una enfermedad inflamatoria intestinal

crónica. Aquí se describen sus funciones clave en el cuidado de pacientes con esta condición:

Educación del paciente: El técnico debe proporcionar información clara y comprensible sobre la colitis ulcerosa, sus síntomas, causas y tratamientos disponibles. Esto ayuda al paciente a comprender su enfermedad y a tomar decisiones informadas sobre su cuidado.

Seguimiento de síntomas: Registrar y comunicar de manera precisa los síntomas del paciente, como la frecuencia de la diarrea, el sangrado rectal, el dolor abdominal y la fatiga. Esta información es crucial para el equipo de atención médica.

Asistencia con la medicación: Ayudar al paciente a seguir el régimen de medicación prescrito. Esto puede incluir recordatorios para tomar medicamentos y la observación de posibles efectos secundarios.

Control de la dieta: Colaborar en la implementación de una dieta específica para la colitis ulcerosa, que podría incluir alimentos blandos y bajos en fibra durante los brotes y una reintroducción gradual de alimentos después de la remisión.

Apoyo emocional: La colitis ulcerosa puede ser una enfermedad debilitante y estresante. Escuchar las preocupaciones del paciente y proporcionar apoyo emocional puede ser reconfortante y útil para sobrellevar la carga de la enfermedad.

Ayuda en la higiene personal: Si los síntomas de la colitis ulcerosa incluyen diarrea frecuente, el técnico debe estar preparado para ayudar al paciente con la higiene personal, garantizando que estén cómodos y limpios.

Comunicación con el equipo médico: Mantener una comunicación efectiva con el equipo de enfermería y el médico, transmitiendo información relevante sobre el progreso del paciente, cambios en los síntomas y cualquier complicación.

Fomento de la adherencia al tratamiento: Recordar al paciente la importancia de seguir el tratamiento y las recomendaciones médicas para controlar la enfermedad y evitar recaídas.

Monitoreo de signos de alarma: Estar atento a signos de complicaciones graves, como una hemorragia intestinal abundante o una obstrucción, y comunicar de inmediato al equipo de atención médica.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel vital en el cuidado de pacientes con colitis ulcerosa al proporcionar educación, seguimiento

de síntomas, asistencia con la medicación, control de la dieta, apoyo emocional y comunicación efectiva con el equipo médico. Su contribución es esencial para mejorar la calidad de vida de los pacientes y ayudar en la gestión de esta enfermedad crónica del sistema digestivo.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación esencial para el técnico en cuidados auxiliares de enfermería al tratar a un paciente con colitis ulcerosa es fomentar una estrecha colaboración con el equipo médico y promover la adherencia al tratamiento. Esto implica seguir rigurosamente las indicaciones médicas, tomar medicamentos según lo recetado y seguir las pautas dietéticas.

Es importante educar al paciente sobre la naturaleza crónica de la enfermedad y la necesidad de un manejo continuo. Además, alentar al paciente a llevar un registro de los síntomas y cambios en la dieta para identificar desencadenantes específicos.

El apoyo emocional también es clave. Escuchar las preocupaciones del paciente y brindar comprensión puede ayudar a aliviar el estrés asociado con la enfermedad.

Por último, recordar al paciente que la colitis ulcerosa es manejable y que con el tratamiento adecuado, la calidad de vida puede mejorar significativamente. El trabajo en equipo entre el técnico, el paciente y el equipo médico es fundamental para un manejo efectivo de esta enfermedad inflamatoria intestinal crónica.

6 Bibliografía

1. Barreiro-de Acosta, M. (2016). Colitis ulcerosa. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(5), 227-241.

Capítulo 196

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON CÁNCER GÁSTRICO

PATRICIA SÁNCHEZ MARTÍN

SARA MUÑOZ FERNÁNDEZ

MARÍA MARTÍN-FORERO MORA

GABRIELA-VALY BIRLEA

LUIS MIGUEL AZAÑA MORCUENDE

1 Introducción

El cáncer de estómago, también conocido como cáncer gástrico, es una enfermedad maligna que comienza en las células del revestimiento del estómago. Esta enfermedad puede afectar cualquier parte del estómago y a menudo se desarrolla lentamente a lo largo del tiempo. Los factores de riesgo incluyen una infección crónica por la bacteria *Helicobacter pylori*, antecedentes familiares de cáncer gástrico, una dieta rica en alimentos salados, ahumados o en conserva, el tabaquismo y ciertos trastornos genéticos.

Los síntomas del cáncer de estómago pueden ser vagos en las primeras etapas y pueden incluir indigestión, sensación de saciedad temprana, pérdida de apetito, dolor abdominal, náuseas y pérdida de peso no explicada. A medida que la enfermedad avanza, los síntomas pueden volverse más pronunciados y pueden incluir vómitos con sangre, heces con sangre, fatiga extrema y debilidad.

El diagnóstico del cáncer de estómago generalmente se realiza mediante una combinación de endoscopia, biopsias y estudios de imagen como la tomografía computarizada o la resonancia magnética. Una vez diagnosticado, el tratamiento puede implicar cirugía para extirpar el tumor, radioterapia y quimioterapia para eliminar las células cancerosas remanentes.

La prevención del cáncer de estómago se centra en la reducción de los factores de riesgo. Esto incluye tratar la infección por *Helicobacter pylori* si está presente, mantener una dieta saludable rica en frutas y verduras, limitar el consumo de alimentos salados y procesados, dejar de fumar y someterse a exámenes médicos regulares, especialmente si existe un historial familiar de la enfermedad.

El cáncer de estómago es una enfermedad seria, pero el pronóstico puede mejorar significativamente si se detecta en sus etapas tempranas. La conciencia de los factores de riesgo y la búsqueda de atención médica ante cualquier síntoma preocupante son clave para un diagnóstico temprano y un tratamiento exitoso.

2 Objetivos

- Mostrar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en pacientes con cáncer gástrico.

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 cáncer gástrico es una enfermedad grave que requiere una atención integral, y el técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel fundamental en el cuidado de los pacientes afectados por esta enfermedad. Aquí se describen sus funciones clave en la atención de pacientes con cáncer gástrico:

- Apoyo emocional:

El diagnóstico de cáncer gástrico puede ser abrumador para el paciente y su familia. El técnico debe proporcionar apoyo emocional, escuchar las preocupaciones del paciente y ofrecer consuelo.

- Educación al paciente:

Explicar claramente la enfermedad, las opciones de tratamiento y los posibles efectos secundarios. Ayudar al paciente a comprender su situación y tomar decisiones informadas.

- Ayuda en la alimentación:

Los pacientes con cáncer gástrico pueden experimentar dificultades para comer debido a la cirugía o los efectos secundarios del tratamiento. El técnico puede colaborar en la preparación de comidas especiales y ofrecer consejos para mantener una nutrición adecuada.

- Control de síntomas:

Registrar y comunicar los síntomas del paciente, como dolor abdominal, náuseas o vómitos, para que el equipo médico pueda ajustar el tratamiento y el manejo de los síntomas.

- Asistencia con la higiene personal:

En algunos casos, los pacientes pueden necesitar ayuda con la higiene personal debido a la debilidad causada por la enfermedad o el tratamiento. El técnico debe estar preparado para brindar esta asistencia con dignidad y respeto.

- Administración de medicamentos:

Ayudar en la administración de medicamentos, como analgésicos o tratamientos de quimioterapia, siguiendo las pautas y horarios prescritos.

- Prevención de complicaciones:

Estar atento a signos de complicaciones posquirúrgicas, como infecciones o sangrado, y comunicarlos al equipo médico de inmediato.

- Promoción de la movilidad:

Ayudar al paciente a mantener la movilidad y evitar complicaciones relacionadas con la inmovilidad, como úlceras por presión o trombosis venosa profunda.

- Colaboración en cuidados paliativos:

En casos avanzados, el técnico puede colaborar en la implementación de cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida del paciente y brindar alivio de síntomas.

- Comunicación efectiva:

Mantener una comunicación abierta y efectiva con el equipo médico, transmitiendo información relevante sobre el estado del paciente y cualquier cambio en su condición.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel crucial en

el cuidado de pacientes con cáncer gástrico al proporcionar apoyo emocional, educación, asistencia en la alimentación, control de síntomas, administración de medicamentos y colaboración en cuidados paliativos. Su contribución es esencial para mejorar la calidad de vida de estos pacientes y garantizar una atención integral.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación fundamental para el técnico en cuidados auxiliares de enfermería al tratar a un paciente con cáncer gástrico es brindar apoyo constante y compasivo, escuchar activamente las preocupaciones del paciente y su familia, ofrecer consuelo y proporcionar información clara sobre la enfermedad y el tratamiento son aspectos cruciales.

Además, es necesario fomentar la adherencia al plan de tratamiento prescrito por el equipo médico, asegurándose de que el paciente comprenda la importancia de seguirlo y colaborar en la gestión de síntomas y efectos secundarios, como el control del dolor y la náusea.

La higiene y la nutrición son aspectos esenciales, así que asegúrese de ayudar al paciente en estos aspectos con cuidado y respeto.

Se resalta la importancia de mantener una comunicación efectiva con el equipo de atención médica para garantizar una atención integral y coordinada.

El apoyo y atención del TCAE pueden marcar una diferencia significativa en la experiencia del paciente con cáncer gástrico.

6 Bibliografía

1. Guzmán, B. S., & Norero, M. E. (2014). Cáncer gástrico. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(1), 106-113.

Capítulo 197

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CON ESTREÑIMIENTO: DESIMPACTACIÓN MANUAL DE HECES

LORENA ANDRÉS DE LA FUENTE

VANESA ROMAN SEGURA

M^a ÁNGELES VERGARA GARZÓN

ANTONIA MARTÍNEZ CANO

1 Introducción

El diccionario de la Real Academia de la lengua española (RAE) define el concepto de estreñir como el retraso del curso del contenido intestinal y por ello la dificultad para evacuar heces. Se entiende como heces a los excrementos evacuados por el ser humano.

Es muy frecuente que los pacientes hospitalizados que se encuentran encamados durante largos períodos de tiempo presenten problemas para evacuar las heces, debido a la inamovilidad presentada durante su enfermedad. Es por ello por lo que se requiere la administración de enemas evacuantes. Estos enemas es una disolución líquida que permite la evacuación de excrementos, puesto que esta disolución líquida es introducida por el ano.

En el ámbito sanitario es muy habitual utilizar enemas evacuantes para la evacuación de las heces del paciente. Teniendo en cuenta la composición de estos enemas podemos encontrar: enemas de agua jabonosa, enema salino y enema casen con solución hipertónica. Independientemente de la composición que contengan estos enemas, la finalidad es la misma, la de vaciar el recto y el colon de heces.

Los enemas evacuantes no solo están indicados en pacientes con estreñimiento, también se utilizan antes de una exploración radiológica del recto, como puede ser una colonoscopia, durante el preoperatorio de una intervención quirúrgica, antes y después de un parto y después de la extracción de un fecaloma.

2 Objetivos

- Definir una serie de conceptos relacionados con el estreñimiento del paciente hospitalizado.
- Detallar el procedimiento realizado durante la desimpactación fecal de un fecaloma a un paciente hospitalizado.
- Enumerar los casos en los que son utilizados los enemas evacuantes.

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 lo largo del desarrollo de este capítulo científico se llevará a cabo una explicación sobre el material utilizado durante la desimpactación manual de heces, así como el procedimiento llevado a cabo, en el cual se encuentra muy presente la figura del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería será la categoría profesional encargada de proporcionar todo el material necesario para la desimpactación manual de heces al profesional encargado de dicha actuación. Esta actuación puede

ser realizada tanto por el equipo de medicina como por el equipo de enfermería que se encuentre a cargo del paciente con el fecaloma.

Durante la realización del procedimiento, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá estar a disposición plena de la persona encargada de realizar el procedimiento.

1. Material utilizado durante la desimpactación manual de heces:

- Guantes desechables no estériles.
- Guantes estériles desechables
- Mascarilla desechable.
- Batea desechable.
- Empapadores.
- Agua y jabón.
- Toallas.
- Recipientes para depositar los residuos.
- Lubricantes hidrosolubles.

2. Procedimiento utilizado durante la desimpactación manual de heces:

- Durante la preparación de la cama del paciente para que no se ensucie durante el procedimiento, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería explicará al paciente la actuación que se le va a realizar, pidiendo su colaboración y tranquilizándolo.
- El celador asignado a la planta de hospitalización donde se encuentra el paciente con el fecaloma será el encargado de lateralizar al paciente hacia el lado derecho y posicionar al paciente con la pierna derecha extendida y la rodilla izquierda flexionada. La posición del paciente en esta postura facilitará la extracción de las heces.
- El técnico en cuidados auxiliares de enfermería ayudará al médico o al enfermero a colocarse los guantes estériles y aplicará el lubricante hidrosoluble, de forma abundante al dedo del profesional que realizará la técnica.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico nos demuestra el papel fundamental que ejerce el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el procedimiento llevado a cabo durante la desimpactación manual de heces.

Es importante destacar que la actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería no solo consiste en administrar el material necesario al médico o enfermero, sino que durante la extracción manual de deberá comprobar el estado

del paciente, haciendo hincapié en la sintomatología presentada, la cual se puede mostrar como bradicardia, sudoración y palidez.

6 Bibliografía

1. Gillamas, C., Gutierrez, E. 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. Pérez, E., Fernández, 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 198

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON EL PACIENTE

VANESA ROMAN SEGURA

M^a ÁNGELES VERGARA GARZÓN

ANTONIA MARTÍNEZ CANO

LORENA ANDRÉS DE LA FUENTE

1 Introducción

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es un profesional sanitario imprescindible en el servicio de urgencia, ya que a rasgos generales son los encargados del cuidado básico del paciente y de auxiliar en cada una de las actuaciones médico- asistenciales llevadas a cabo sobre los pacientes.

La actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de urgencias se encuentra desarrollada en cada una de las áreas que conforman di-

cho ser, pudiendo existir mayor o menor número de profesionales dependiendo de la carga de trabajo de cada área. Estos servicios son:

- Sala de observación de urgencias.
- Boxes de urgencias.
- Sala de transferencia.
- Sala de traumatología.
- Sala de cirugía.
- Sala de ginecología.
- Área de pediatría.
- Sala de tratamientos de observación.
- Sala de tratamientos de boxes.

Al ser un servicio dónde pasa multitud de enfermedades estos profesionales deberán seguir un protocolo de actuación con el paciente ingresado en urgencias, generalizado para todos los pacientes hasta que conozcan el diagnóstico individualizado de cada uno de ellos.

- Deberán vestir una indumentaria específica en el servicio de urgencias, compuesto por pijama de color verde o blanco, mascarilla y guantes desechables y batas en caso de pacientes covid.
- Deberán seguir las ordenes del equipo médico durante las actuaciones con los pacientes.

2 Objetivos

- Conocer las distintas áreas que conforman el servicio de urgencias de un centro hospitalario.
- Detallar las funciones desarrolladas por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en cada una de estas áreas con el paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

A continuación, se va a detallar cada una de las funciones desarrolladas por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería dependiendo del área donde desarrolle sus funciones profesionales.

- Sala de observación de urgencias.

Al encontrarse pacientes ingresados entre 24 y 72 horas deberán realizar las siguientes funciones:

- Aseo diario por las mañanas.
- Dar de desayunar, comer, merendar y cenar a aquellos pacientes dependientes.
- Controlar la diuresis de los pacientes.
- Tomar temperaturas al inicio de cada turno.
- Acompañar al equipo de enfermería durante la toma de constantes.
- Acompañar al equipo de enfermería durante la cura de heridas y úlceras.
- Ayudar al equipo de Medicina durante las exploraciones de los pacientes.
- Boxes de urgencias.

Los pacientes ingresados en esta área, reciben multitud de pruebas y exploraciones para determinar el diagnóstico de sus dolencias.

- Dar de desayunar, comer, merendar y cenar a aquellos pacientes dependientes que puedan comer.
- Controlar la diuresis de los pacientes.
- Tomar temperaturas en su ingreso.
- Desvestir al paciente durante su ingreso y vestirlo con la ropa del hospital.
- Ayudar al equipo de Medicina durante las exploraciones de los pacientes.

- Sala de transferencia.

La función del técnico en curiosidades de enfermería en este área es la transferencia de los pacientes que acuden desde el servicio de ambulancias a la camilla de la institución sanitaria hospitalaria para su posterior triage y traslado al área designada.

- Sala de traumatología.

Ayudar al equipo médico de traumatología a colocar articulaciones y yesos.

- Sala de cirugía.

Ayudar al equipo médico de cirugía durante las suturas de heridas.

- Área de pediatría.

- Tomar temperaturas en su ingreso.
- Desvestir al paciente durante su ingreso y vestirlo con la ropa del hospital.
- Ayudar al equipo de Medicina durante las exploraciones de los pacientes.

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 urgencias. Funciones del TCAE con el paciente” nos demuestra cada una de las funciones desarrolladas por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería con el paciente que acude al servicio de urgencias.

Como se ha mencionado anteriormente, el servicio de urgencias está dividido en distintas áreas en las cuales se encuentra presente la figura del técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. Generalmente estos profesionales rotan en las distintas áreas, por lo tanto, deberán tener los conocimientos necesarios de cada una de estas áreas para desarrollar sus funciones de manera eficaz y rápida, puesto que el servicio de urgencias requiere una actuación inmediata. Del mismo modo, honesto profesionales deberán reunir las capacidades y habilidades idóneas para este servicio, sabiendo controlar los nervios y actuar en situaciones de estrés.

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 199

EL ROL DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

EDUARDO FERNÁNDEZ GUERRA

1 Introducción

El trabajo de auxiliar de enfermería se lleva a cabo principalmente en hospitales, dentro de los cuales se puede formar parte de diferentes servicios como son: consultas, esterilización, hospitalización. En este caso se va a hablar del papel o rol que desempeñan los técnicos auxiliares de enfermería en el servicio de urgencias de un hospital.

El servicio de urgencias de cualquier centro sanitario se caracteriza por ser uno de los servicios más complicado y que mayor compromiso se precisa por parte del personal sanitario. Es una zona de trabajo donde se le al personal sanitario que ponga práctica todo lo que sabe, ya que es un área en el que estás en contacto con diferentes patologías e infecciones y en donde el rango de edad de los pacientes es muy amplio.

Una de las características clave de un buen auxiliar de enfermería en un servicio de urgencias es que trabaje en equipo de forma adecuada con el resto de integrantes del equipo multidisciplinar, ofreciéndoles su apoyo, siempre que le sea posible, para así de esta forma garantizar una atención de calidad al paciente. Otra característica muy importante que debe de tener el auxiliar de enfermería es que tenga una gran capacidad de adaptación a los cuidados que pueda demandar

el paciente, ya que las características o patologías de un paciente con respecto a otro varían en gran medida como ya se ha citado anteriormente.

2 Objetivos

Recordar las funciones y competencias que desempeña un auxiliar de enfermería en el servicio de urgencias de un centro sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha efectuado una búsqueda sistemática a través de diferentes bases de datos como Pubmed, Scielo y Medline.

4 Resultados

La función del auxiliar de enfermería en urgencias, comienza una vez superado el triaje por el paciente, el TCAE es el encargado de recibirlo, identificarlo y acomodarlo, puede que sea necesario que le ayude a vestirse y desvestirse, importante preservar la intimidad del paciente durante todo el proceso asistencial.

Tras la llegada del paciente valorar el estado de dependencia del mismo para saber cuál va a ser el nivel de ayuda o atención va a requerir, siendo mayor en aquellos pacientes con una mayor dependencia. En aquellos casos en los que se produzca un ingreso prolongado en urgencias, el auxiliar se encargará de prestar atención a cualquier herida o indicativo anormal en la piel del paciente y de esta manera notificarlo a enfermería para que tengan constancia sobre ello.

La recogida de todo tipo de muestras, ya sean de orina, heces y vómitos. Además de controlar el número de defecaciones y la ingesta hídrica, estos datos se tienen que registrar debidamente.

En aquellos casos en los que se la vaya a realizar algún tipo de prueba por parte de enfermería o del médico y se requiera la colaboración del auxiliar, tanto para preparar al paciente como el material necesario para la prueba. Es responsabilidad del auxiliar de enfermería la limpieza, recepción y almacenamiento de los diferentes materiales que se utilizan en los diversos procedimientos.

Otra de sus funciones es la de mantener el stock de los boxes de urgencias y de revisar que todo el aparataje funcione correctamente y dar registro de cualquier tipo de incidencia.

También trabajará con enfermería en la administración de medicación por vía oral y rectal, además podrá realizar enemas de limpieza. Se encargará de la toma de signos vitales y de su posterior registro e incluso puede realizar electrocardiogramas en aquellos casos en los que se requiera por orden médica.

Otras de sus competencias son recoger los objetos personales y la ropa del paciente y guardarlos; rellenar gráficas de control; resolver cualquier duda que pueda tener el paciente y sus acompañantes e indicarles el funcionamiento del hospital.

5 Discusión-Conclusión

Es primordial para poder garantizar una buena calidad asistencial, que el técnico auxiliar en enfermería esté en constante contacto con el equipo de enfermería, para poder de esta forma notificar cualquier cambio significativo en el estado de salud del paciente.

Hay que resaltar el papel del auxiliar de enfermería en este servicio, ya que constituye una parte esencial del proceso asistencial del paciente, las competencias y funciones mencionadas anteriormente pueden coincidir con las que tiene en otros servicios como puede ser el de hospitalización.

El TCAE debe estar atento a cualquier tipo de cambio en el estado de salud del paciente y avisar a enfermería para que puedan actuar en caso de que la situación lo requiera.

6 Bibliografía

1. Funciones del auxiliar de enfermería en urgencias - Cursos FNN. 2021 [citado el 30 de agosto de 2023]; Disponible en: <https://cursosfnn.com/blogcursosfnn/revistas/revista-asdec-no-14/funciones-auxiliar-enfermeria-urgencias/>.
2. TheOMS. La figura del auxiliar de enfermería en urgencias [Internet]. Centro de Estudios Santa Gema. 2016 [citado el 30 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.fp-santagema.es/la-figura-del-auxiliar-de-enfermeria-en-urgencias/>.

Capítulo 200

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LAS CONSULTAS EXTERNAS

JENNIFER PEREZ HERRERA

MARIA MERCEDES BONALES LÓPEZ

SILVIA JOVER SABARIEGOS

ELENA GÓMEZ PALOMO

ROCIO ROJO MERCHAN

1 Introducción

La función del TCAE en las consultas externas se basa en acompañar al médico a las visitas de los pacientes y ayudar en todo lo que necesite, y también se basa en pasar consultas en la zona de consultas de un hospital.

El TCAE se encargará de realizar el trabajo de administración de las consultas, por ejemplo volantes médicos, petición de otras pruebas, petición de las pruebas preoperatorias, dar la información necesaria a los pacientes de los procedimientos que se van a realizar, actualizar y archivar la historia clínica de los pacientes, mantenimiento de la consulta que esté limpia y ordenada, y sobre todo mucho apoyo a los pacientes, que se sientan como en casa, desde que entran hasta que salen de las consultas y guiarles en todo momento en su estancia en el hospital.

A continuación iré explicando algunas de las diferentes consultas que hay y lo que haremos en cada una de ellas aunque en todas somos los encargados de guiar al paciente desde que entra a la consulta hasta que sale de ella, tenemos que mantener todas las consultas donde nos toquen muy limpias y con todo el material necesario en cada una de ellas para tenerlo listo para cualquier imprevisto.

2 Objetivos

Exponer el papel del TCAE 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 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

Hay diferentes tipos de consultas externas como las de traumatología, dermatología, otorrino, ginecología, oftalmología, neumología en la que los TCAE deben realizar las funciones que hemos nombrado anteriormente pero muchas otras voy a nombrarlas aquí:

- 1.Los TCAE estaremos presente en pequeñas intervenciones ambulatorias que realizan los médicos, preparando todo el material estéril antes de la intervención e ir dándole al médico todos los materiales que vaya necesitando durante la operación, ayudamos en las curas, vendajes etc.
- 2.En las consultas de otorrino por ejemplo también podremos realizar alguna prueba de audiometría o en la de neumología una espirometría.
- 3.Ayudaremos al equipo médico y de enfermeros a la realización de endoscopias, gastroscopias o colonoscopias.
- 4.Limpiaremos y desinfectaremos todos los materiales usados en la consulta en la que estemos.
- 5.Carros de curas limpios y preparados en todo momento y en cada turno.
- 6.Podremos realizar pruebas de glucemia, tomar la temperatura y la tensión.

7.Si nuestra consulta fuera de la de hemodiálisis, nosotros los TCAE seremos los encargados de medir y pesar al paciente antes y después de su sesión.

8.Pediremos analíticas y pruebas que surjan tras una biopsia.

9.Promoción de la salud tanto a pacientes como a sus familias.

Voy a hablar de una manera más extensa sobre 4 tipos de consultas: la consulta de dermatología, consulta de endocrino y consulta de traumatología.

CONSULTA DE DERMATOLOGÍA

El TCAE se encargará de recoger los volantes de los pacientes según van llegando a la consulta y los va llamando según el médico va diciendo y siguiendo una lista, una vez el paciente esté dentro de la consulta le guiaremos hasta la camilla ayudándolo si precisa para tumbarse y acomodarse para que el médico comience su trabajo, debemos estar atentos y preparados para cuando el médico nos pida algún material dárselo, una vez que termine el médico de ver al paciente, seremos los encargados de darle las recetas, darle algún consentimiento a firmar si el médico lo ha pedido, explicarle como debe usar los medicamentos o cremas que el médico recete etc., y una vez explicado, le acompañamos a la puerta y una vez que se ha ido ese paciente, reponemos el material usado con ese paciente para que haya material para próximos pacientes y cambiamos el papel de la camilla, para el siguiente.

CONSULTA DE ENDOCRINO

El TCAE se encarga de llamar a los pacientes cuando el médico va diciendo como en las demás consultas, mediremos y pesaremos a los pacientes nada más llegar a la consulta, en los casos que los pacientes sufran de diabetes nos encargamos de realizarle una prueba de glucemia, mantendremos la consulta limpia y antes de irnos dejaremos las consultas del día siguiente, y las colocamos por orden de las historias y volantes, motivos de consulta etc.

Siempre ayudaremos al paciente desde que entra hasta que sale de la consulta.

CONSULTA DE TRAUMATOLOGÍA

En esta consulta también somos los encargados de recepción de los pacientes, de ir llamándolos cuando el médico diga, ayudar al médico en lo que necesite, también somos los encargados de imprimir los volantes de otras pruebas que mande el médico como por ejemplo las radiografías y debemos mantener la consulta limpia en todo momento.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión dependiendo de la consulta en la que nos encontremos haremos una cosa u otra, pero en todas debemos hacer la recepción del paciente, encar-

garnos de su entrada y salida en la consulta, ayudarle en lo necesario tanto a los pacientes como al médico, ir pasándole el material necesario al médico, somos los encargados de imprimir las pruebas complementarias que mande el médico, de mantener la consulta limpia y de preparar las consultas del día siguiente. Debemos ser muy paciente y empáticos con nuestros pacientes, ya que muchas veces en consultas hay retraso y los pacientes comienzan a ponerse nerviosos, debemos tranquilizarles.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com/funciones-tcae-consultas-externas/>
- <https://revistamedica.com/competencias-profesionales-tcae-consultas-externas/>

Capítulo 201

TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

MARÍA DEL CARMEN JIMENEZ ZORNOZA

LUCRECIA FERNANDEZ GOMEZ-PIMPOLLO

REMEDIOS LOZANO TALAVERA

EVA MARIA MARTÍNEZ CERRO

1 Introducción

El concepto de cuidados intensivos fue introducido por la enfermera Florence Nightingale en 1854 durante la Guerra de Crimea. Florencia creía que era necesario separar a los soldados con heridas graves de los soldados con heridas leves y cuidarlos de manera especial. En 1950, el anestesiólogo Peter Zafar, considerado el primer médico de cuidados intensivos, desarrolló una unidad de cuidados intensivos en la que sedó y ventilaba a los pacientes.

La unidad de cuidados intensivos (UCI) es el lugar del hospital donde se atiende a las personas que se recuperan de una enfermedad grave. Es una unidad multidisciplinar y el trabajo y la coordinación entre diferentes trabajadores sanitarios y no sanitarios es fundamental para la recuperación de los pacientes. Las unidades de cuidados intensivos cuentan con una variedad de profesionales. Los médicos de la unidad de cuidados intensivos, conocidos como intensivistas, tienen experiencia en cuidados intensivos y los conocimientos y habilidades necesarios para llevar

a cabo las actividades necesarias. Los pacientes requieren un seguimiento y un tratamiento continuos, que pueden incluir el apoyo de las funciones vitales. Los equipos utilizados en la UCI incluyen monitores cardíacos, ventiladores mecánicos, sondas de alimentación, líneas intravenosas, drenajes y catéteres.

El rango de edad de los pacientes en unidades de cuidados intensivos pediátricos y unidades neonatales es estrecha. En España se adoptó la clasificación del UK Department of Health, que se basa en las necesidades asistenciales del paciente y no en los recursos del hospital ingresado. Así es como se definen los niveles de atención 3 y 2:

- Nivel 3. Pacientes que requieren soporte respiratorio avanzado o soporte respiratorio básico y soporte de al menos dos sistemas de órganos. Este nivel incluye pacientes complejos que requieren apoyo por falla multiorgánica.
- nivel 2. Pacientes que requieren observación o intervención más frecuente, incluido el soporte de órganos y sistemas; pacientes que requieren atención posoperatoria; o pacientes de un nivel de atención más alto.

Dos criterios clave para la admisión de un paciente en la UCI son:

- Requiere un alto nivel de atención.
- Pacientes que tienen una esperanza razonable de recuperación.
- Durante la pandemia de COVID-19, las UCI se han saturado debido a la afluencia de pacientes con insuficiencia respiratoria y neumonía, especialmente las UCI, que requieren monitoreo y ventiladores para mantener la ventilación mecánica, entre otras condiciones. Los criterios generales para el ingreso en la UCI son que se requiera un alto nivel de atención y que el paciente se esté recuperando. Muchos sistemas de salud se han visto desbordados por esta pandemia y muchos pacientes no pueden recibir la atención adecuada, por lo que se deben aplicar criterios de selección para el ingreso en estas unidades (perspectiva de supervivencia, antecedentes médicos, edad, etc.).

Las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la UCI son muy diversas, desde la preparación del BOX pre-ingreso hasta el alta del paciente, cuidados básicos de los pacientes, administración de fármacos orales y rectales, preparación de aislados, instrumentación de enfermeras y apoyo médico, atención al paciente y apoyo psicológico al paciente y familia, que son quienes pasan la mayor parte del tiempo en contacto directo con el paciente a lo largo del día, también influyen mucho en la evolución y mejora de la salud del paciente, no cabe duda de que reconfortan, acompañan y ayudan al paciente en las situaciones más íntimas es el deber más satisfactorio de la profesión del TCAE .

Es posible que los pacientes no sepan si la persona que los cuida es un médico, una enfermera o un asistente. Lo que importa es la atención y la calidad de la

atención que recibe. En la UCI, el trabajo en equipo y un conocimiento profundo de todos los profesionales son esenciales para la salud y la supervivencia del paciente. Los compromisos personales, profesionales y laborales superan los plazos contractuales. Porque, como en cualquier otro ámbito, la UCI nunca deja desamparado a un paciente y siempre se asegura de que otra enfermera se ocupe de esa persona.

2 Objetivos

- Explicar el rol y responsabilidades del TCAE dentro de la UCI.
- Demostrar la importancia del TCAE en la UCI.

3 Metodología

Documento escrito a partir de una revisión bibliográfica de la literatura científica en lengua española. Los artículos se publicaron en 2000/2020. La base de datos utilizada por el motor de búsqueda de Google Scholar. Palabras clave: UCI, TCAE. Para esta revisión, investigamos y analizamos información de varias fuentes, como artículos de ciencia médica (PubMed, Medline, Scielo... etc.). Además de la búsqueda en bases de datos, también se realizó una búsqueda exhaustiva en diversos medios digitales como revistas científicas, sitios web, blogs de salud e historias de trabajo del Sescam.

4 Resultados

El TCAE colabora con la hospitalización del paciente crítico, velando por la seguridad del paciente y proporcionando los insumos necesarios para su pronta asistencia y seguimiento. Los auxiliares de enfermería juegan un papel importante en el cuidado continuo de los pacientes en la UCI. Son responsables de varias tareas, incluida la higiene del paciente, la nutrición, el cumplimiento de las medidas de higiene y la verificación de las medidas de higiene y seguridad. El trabajo del auxiliar de enfermería en la UCI no es fácil.

Las unidades de cuidados intensivos, de hecho, se caracterizan por ser aquellas áreas del hospital donde las personas trabajan bajo presión y los niveles más altos de estrés. Las condiciones y problemas de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos son complejos y graves, y un conjunto de reglas y normas son

esenciales para el buen funcionamiento de cada unidad. Por este motivo, existen dos tipos de normas relacionadas con la UCI. El trabajo del tcae, como el de cualquier otro equipo, no es fácil. Los pacientes están en estado crítico, tienen sistemas inmunológicos comprometidos y están amenazados por virus, bacterias y otros accidentes potencialmente mortales. Trabajar en la UCI puede requerir una cierta cantidad de respeto por usted. Esto es normal y necesario, ya que muchos de los pacientes hospitalizados aquí se encuentran en situaciones de riesgo vital. Sin embargo, muchos auxiliares de enfermería están contentos con su trabajo en esta sala.

Los modelos de hospitalización por prioridad son: Estos sistemas definen la mayoría de los pacientes que se beneficiarán de la atención crítica (Prioridad 1) y aquellos que no se beneficiarán al ingreso (Prioridad 4).

- Prioridad 1: pacientes inestables que requieren seguimiento y cuidados intensivos y que no pueden ser atendidos fuera de estas salas.
- Prioridad 2: Se requiere un seguimiento estrecho y una posible intervención inmediata. No se ha establecido un límite terapéutico.
- Prioridad 3: Pacientes que pueden recibir cuidados intensivos para aliviar enfermedades agudas.
- Prioridad 4: Son pacientes no aptos para cuidados intensivos. Estos deben permitirse caso por caso bajo la supervisión del jefe de departamento en circunstancias excepcionales. Funciones que realiza el TCAE dentro de la UCI:
- Espera para proporcionar cuñas cuando los pacientes las necesitan, y es responsable de limpiar las cuñas.
- Es responsable de recibir los carros de comida y distribuir alimentos a los enfermos, teniendo el máximo cuidado en la exhibición de menús individualizados. Y la retirada de bandejas y utensilios de cocina.
- Los pacientes que están enfermos y necesitan ayuda para comer pueden recibir ayuda de un asistente. La excepción son los pacientes con condiciones médicas muy específicas que requieren la atención de un cuidador.
- La higiene y limpieza de los pacientes y el afeitado se encuentran entre las funciones más comunes de los auxiliares de enfermería.
- Responsable de acompañar a los pacientes a las salas, realizar pruebas y programar citas, a menos que estén siendo transportados en camilla.
- Recolectar datos de termometría bajo la supervisión de personal médico, monitorear los síntomas del paciente e informar al personal médico o de enfermería sobre cambios en la condición del paciente o complicaciones.
- Siempre administre enemas rectales, orales y de limpieza bajo la supervisión de un supervisor.

- Cooperar con los profesionales de la salud y auxiliares de farmacia en el pedido de formulaciones y medicamentos. Los auxiliares de enfermería no deben administrar, pinchar o inyectar drogas parenterales y deben realizar pruebas diagnósticas. Por favor administre la lavandería en la habitación de huéspedes. Para ello, debemos trabajar con nuestro personal de limpieza para garantizar que siempre estén disponibles con la mejor higiene posible.

- Otro aspecto importante son los instrumentos utilizados para la intervención quirúrgica y la cicatrización.

El TCAE se encargará de la recogida y limpieza, y asistirá a los trabajadores sanitarios en el pedido de vitrinas y almacenamiento de materiales.

- Limpieza a fondo el carro de cuidado y los materiales que contiene.

- Cuando ingresa el paciente, revisar el box cajones, material estipulado en cada UCI el Ambu (Unidad de ventilación manual) esté preparado y en buenas condiciones para su uso. Se asegurará si los cables del monitor está correctamente conectado.. Se proporciona un ventilador o un sistema de oxigenoterapia, ya sea gafas de alto flujo o un humidificador con un sistema prescrito. (gafas O2, mascarilla Venturi, mascarilla facial simple, etc.).

Según el tipo de paciente que vayamos a recibir necesitaremos tener a mano, el carro de vías, el de curas o incluso el carro de parada con el material de intubación.

- Se informará si tiene algún tipo de aislamiento, en caso afirmativo se preparará un cubo con doble bolsa dentro del box para el aislamiento y fuera del box se colocarán batas, guantes, mascarillas y gorros, y en la puerta se colocará un cartel con el tipo de aislamiento. Funciones en el ingreso:

- Recibir al paciente: una de las funciones del auxiliar de enfermería en UCI.

- Admisión de Pacientes: Una de las funciones del TCAE en la UCI es la admisión de pacientes con enfermeras. Si es necesario, ayude al asistente a trasladar al paciente a la cama BOX e informe al paciente.

- Monitorización de Pacientes: Los pacientes en la UCI están siendo monitorizados constantemente, por lo que a su llegada las enfermeras deben desplegar los cables y dispositivos recomendados para la monitorización de constantes vitales y todo lo necesario (ICP, BIS...). Se coloca un medidor de orina cuando se usa un catéter urinario.

- Higiene postural: La posición de un paciente en la cama es tan importante que el TCAE recomienda la postura de cada paciente y si se deben tomar precauciones especiales durante la movilización (en general. movimiento, lesiones cervicales, no flexión). Extremidades inferiores, etc.).

- Lavado: El lavado diario se hace de arriba abajo, dejando en último lugar los

genitales, la espalda y las nalgas. Las sábanas se cambian diariamente • Nutrición: El TCAE es responsable de la alimentación oral o enteral de los pacientes. Esto requiere conocimientos en el arte de la alimentación oral para personas con disfagia.

- Recolección de Muestras: El rol del TCAE en este momento es trabajar con enfermeras para armar mesas de apoyo con todo lo necesario para recolectar muestras adecuadas y asegurar que la persona responsable de la recolección de muestras esté aséptica. Al igual que con la recolección de orina.
- Experiencia: El TCAE es responsable de preparar los materiales necesarios para realizar una determinada técnica y también trabaja con el personal de enfermería para desarrollar la técnica. Alta de pacientes:
- El TCAE es el responsable de recoger las pertenencias de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

El papel del TCAE es muy importante porque está disponible de inmediato cuando un paciente ingresa en la UCI. El TCAE colabora con la hospitalización del paciente crítico, velando por la seguridad del paciente y proporcionando los insumos necesarios para su pronta asistencia y seguimiento. Debido a la naturaleza de los pacientes que se atienden en nuestro servicio, se hace necesario un equipo multidisciplinar altamente especializado que pueda brindar atención médica con énfasis en la recuperación temprana de los pacientes graves, y el TCAE tiene una misión muy importante. Alguna infraestructura que satisfaga las necesidades y condiciones para garantizar una atención segura y sin riesgos. Con capacidad para hasta cuatro especialistas para atender desde cualquier lugar por cabina, están equipados con más equipamiento (vigilancia, soporte vital, dispositivos portátiles) y privacidad durante las intervenciones y respuesta a emergencias.

-Los controles de enfermería deben permitir la observación visual del paciente y proporcionar un espacio de almacenamiento adecuado para el trabajo del personal (manuales, equipos de cómputo, sistemas de comunicación, etc.).

6 Bibliografía

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

Capítulo 202

EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EL ICTUS Y SUS CONSECUENCIAS

MARÍA DEL CARMEN JIMENEZ ZORNOZA

LUCRECIA FERNANDEZ GOMEZ-PIMPOLLO

REMEDIOS LOZANO TALAVERA

EVA MARIA MARTÍNEZ CERRO

1 Introducción

El accidente cerebrovascular es la principal causa de daño cerebral adquirido (DCA). Es causada por la interrupción del flujo sanguíneo en ciertas áreas del cerebro, lo que conduce a la pérdida de ciertas habilidades relacionadas con esa área del cerebro. Según datos recientes, el ACV puede ser fatal en el 20% de los casos y el 44% de los sobrevivientes tienen discapacidades severas. Según los datos del grupo de investigación en enfermedades cerebrovasculares de la Academia Española de Neurología (GEECV-SEM), 650.000 personas en Europa han muerto a causa de la enfermedad, y unas 40.000 personas en España han muerto a causa de la enfermedad. Hay dos tipos de golpes:

- Isquemia o ataque cardíaco: causado por el bloqueo de los vasos sanguíneos, lo que evita que se enrojeczca parte del cerebro.
- Hemorrágico: el accidente cerebrovascular hemorrágico es el caso menos común y representa del 10% al 15% de los casos. Ocurre cuando un vaso sanguíneo (vena o arteria) se rompe, causando sangrado en el cerebro. El cerebro

carece de oxígeno, por lo que las células nerviosas dejan de funcionar y mueren en cuestión de minutos.

Otra causa importante de accidente cerebrovascular es la fibrilación auricular. Los síntomas de accidente cerebrovascular o embolia comienzan aproximadamente 10 segundos después de que se altera el suministro de sangre al cerebro. Aunque en ocasiones son difíciles de identificar o se relacionan con el ictus, porque pueden confundirse con otras enfermedades como la migraña, entenderlas nos ayudará a responder rápidamente. Una dieta saludable reducirá en gran medida el riesgo de accidente cerebrovascular, como alimentos bajos en grasa, sin abuso de sal, dulces, alcohol o tabaco.

2 Objetivos

Conocer los factores de riesgo y el porqué
Exponer los síntomas
Saber como actuar ante un código ictus
Describir los factores de riesgo
Estudiar cómo poder prevenir un ictus

3 Metodología

Para esta revisión, investigamos y analizamos información de diferentes fuentes, como artículos médicos y científicos (PubMed, Medline, Scielo, etc.).

Además de la búsqueda en bases de datos, se realizó una búsqueda exhaustiva en diversos medios digitales como revistas científicas, sitios web, blogs de salud e historias de trabajo del Sescam.

4 Resultados

Es la segunda causa de muerte en España, mueren más mujeres por ictus que por accidente de tráfico y la primera causa de discapacidad adquirida en el adulto y la segunda de demencia. Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), en nuestro país se producen anualmente 110.000-120.000 ictus, de los que el 50 quedan discapacitados o mueren. Específicamente, más de 16.000 mujeres mueren por accidente cerebrovascular cada año. Actualmente, más de 330.000 españoles han sufrido un ictus que limita sus capacidades funcionales. La prevención adecuada de los factores de riesgo y un estilo de vida saludable pueden

prevenir el 90 de los casos de accidente cerebrovascular. Es más común en hombres que en mujeres, pero las mujeres mueren de accidentes cerebrovasculares con más frecuencia que los hombres.. La razón es que los accidentes cerebrovasculares femeninos son más graves. Antes de la menopausia, los estrógenos tienen un efecto protection en la mujer frente al daño vascular. El accidente cerebrovascular representa el 70 % de los pacientes neurológicos hospitalizados en España, y el número de pacientes ha aumentado en los últimos 15 años. Se espera que este número aumente, por el envejecimiento de la población. Para ello, es importante detectarlo a tiempo y llamar al 112 para el tratamiento más adecuado. El 14 de las personas que han sufrido un derrame cerebral mueren. El dato positivo es que, bajo la influencia de los factores de riesgo anteriores, el 90 de los casos son predecibles. TRATAMIENTO SEGÚN EL TIPO DE ICTUS

10. El isquémico, Se suelen administrar fármacos para disolver el coágulo o utilizar otras técnicas que permiten abrir más la vena o arteria y recuperar el riego sanguíneo.

11. El hemorrágico Puede requerirse una intervención quirúrgica urgente para reparar la arteria dañada y contener la hemorragia.

12. Son menos comunes, pero su tasa de mortalidad es mucho mayor. Si llegas al centro sanitario antes de 4 horas. Es posible que no haya fases, aunque esto depende del tamaño del ataque, las áreas del cerebro afectadas y el tipo de accidente cerebrovascular. Si llegas pasadas 4 horas. El daño cerebral puede ser grave y difícil de resolver con medicamentos. Un estudio estadounidense reciente mostró que caminar más de 2 horas a la semana puede reducir su riesgo en un 40%. El TCAE debe reconocer rápidamente los signos y síntomas del ictus, anotando cuando ocurren por primera vez. Son menos comunes, pero su tasa de mortalidad es mucho mayor. Llevar a los pacientes a una Unidad de Ictus- Comenzar el cuidado y la evaluación del paciente durante el transporte. Una vez que un paciente sufre un ictus, el TCAE responsable debe considerar ciertos aspectos del paciente, como el oxígeno adecuado y el control de la dieta, la presión arterial, el azúcar en sangre, la fiebre u otras complicaciones. Factores de riesgo. El 20 de los factores de riesgo no son modificables. Edad (mayor incidencia a partir de los 65 años)- Género(más frecuentes en hombres)- Antecedentes familiares las Enfermedades cardíacas: el 80% de los accidentes cerebrovasculares son causados por factores modificables, los más comunes son: hipertensión arterial Este es el factor de riesgo más ponderado y aumenta 5 veces el riesgo de accidente cerebrovascular. Se recomienda mantenerla por debajo de 140/90 mm Hg (de 130/80 mm Hg en diabéticos y enfermedad renal crónica). - Diabetes. El riesgo de accidente cerebrovascular en diabéticos es de 2 a 6 veces mayor. - Aumento del

colesterol en sangre.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAE son los encargados de cuidar a los pacientes con ictus y hay que tener cuidado, sobre todo en las primeras horas, ya que es cuando los músculos del paciente están dañados. Condiciones mayores:

- Presión arterial alta: alrededor del 70% de los accidentes cerebrovasculares son causados por la pérdida de sangre.
- Fumar: La nicotina y el monóxido de carbono dañan el sistema cardiovascular de varias maneras. Tiene enfermedad de la arteria carótida: las arterias carótidas están dañadas por la aterosclerosis, que bloquea los vasos sanguíneos y provoca sangrado.
- Enfermedad cardíaca: La enfermedad cardíaca aumenta el riesgo de accidente cerebrovascular.
- Tiene un breve ataque isquémico: esto se llama un mini-ictus.
- Glóbulos rojos elevados: Los glóbulos rojos elevados son un indicador importante de accidente cerebrovascular.
- Tiempo y clima: los látigos pueden morir por el calor o el frío extremos. • El consumo excesivo de alcohol aumenta la presión arterial, el colesterol y los triglicéridos.
- Ciertos medicamentos pueden aumentar el riesgo de accidente cerebrovascular.
- Residencial.

Para llamar a un número de emergencia: Llame inmediatamente a los servicios de emergencia (teléfono 112) y describa sus síntomas. Correr, etc., si no se coge un derrame cerebral a tiempo, puede causar la muerte o tener consecuencias nefastas como parálisis, dificultad para hablar, pérdida de la conciencia... la muerte. Se espera que el número de accidentes cerebrovasculares en la UE aumente un 34 % entre 2015 y 2035. Farmacia SANIFARMA ha lanzado una campaña de concienciación sobre el ictus, la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres, desde el Día Mundial del Ictus el 29 de octubre hasta el 10 de noviembre. Cuatro son muy importantes para la vida después de un accidente cerebrovascu-

lar. Silbato para prolongar la vida de los paralíticos. Suministra sangre al cerebro y explota. dañado o protegido. Es la principal causa de muerte en mujeres, sólo superada por los hombres, y la principal causa de discapacidad. Síntomas de un accidente cerebrovascular: Pérdida total de la visión o pérdida de la visión o visión borrosa Pérdida de fuerza, sensación o coordinación en un lado del cuerpo. dolor de cabeza que aparece repentinamente y es diferente a lo habitual pérdida de sensibilidad en la cara dificultad para hablar o entender cuando se habla con la gente. Síntomas a tener en cuenta: Incapacidad para levantar ambos brazos Pérdida de fuerza en brazos, piernas, manos, etc. Una sonrisa distorsionada o asimétrica. Dificultad para hablar, como arrastrar las palabras, arrastrar las palabras o no poder hablar. Dolores de cabeza.

6 Bibliografía

https://www.clara.es/bienestar/salud/los-sintomas-del-ictus-cerebral-como-detectarlo-tiempo_11295/5
<https://www.grupocasaverde.com/2018/12/26/consecuencias-derivadas-ictus/>
<https://rithmi.com/que-es-un-ictus/>
http://www.alento.org/ictus_es.html
<https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/neurologicas/ictus.html>
<https://es.angels-initiative.com/angels-community/stories/world-stroke-day-patient-awareness-campaign>
<https://www.sanifarma.com/blog/campanas-sanifarma/campana-de-prevencion-del-ictus>
<https://ictusfederacion.es/wp-content/uploads/2018/11/Informe-completo-compressed.pdf>
<https://cuideo.com/blog-cuideo/pacientes-con-ictus-en-tiempos-de-covid-19/#Secuelas-Covid-19-Personas-con-Ictus-y-otras-enfermedades-cerebrovasculares>
<https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/48847457cd6e4f1f8d943aa7fe2fc2e3.pdf>

Capítulo 203

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA CONSULTA EXTERNA DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA

ANA ISABEL NOTARIO MADRID

NATALIA LOPEZ GARCIA

MÓNICA ROSA MORENO LALIGA

BELÉN SANCHEZ RUIZ

NICOLE CHICO CORRAL

1 Introducción

El papel del Técnico Auxiliar de Enfermería es ayudar y apoyar a otros profesionales médicos, como médicos y enfermeras. Además de atender sus necesidades, también debe trabajar para preparar al paciente. Su trabajo del Técnico Auxiliar de Enfermería se puede realizar en una variedad de servicios y unidades.

La consulta de rehabilitación hospitalaria es un servicio especializado que brinda atención médica y terapéutica a pacientes que requieren rehabilitación física, funcional o cognitiva después de una enfermedad, lesión o cirugía. El objetivo principal de esta consulta es optimizar la capacidad funcional y promover la independencia del paciente en su vida diaria.

Durante la consulta de rehabilitación hospitalaria, se realiza una evaluación integral del paciente, teniendo en cuenta su historia clínica, diagnóstico, necesidades y metas individuales.

El equipo multidisciplinario de rehabilitación, que puede incluir médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas y otros profesionales de la salud, colabora en el diseño de un plan de tratamiento personalizado.

El plan de tratamiento puede incluir una combinación de terapias físicas, ocupacionales, del habla, psicológicas y sociales, según las necesidades específicas del paciente. Se establecen metas realistas y se implementan estrategias terapéuticas para mejorar la fuerza, la movilidad, la coordinación, la función cognitiva y la calidad de vida del paciente.

2 Objetivos

Exponer las funciones del equipo de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en varias técnicas que se desarrollan a lo largo de esta publicación.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo.

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel crucial en la consulta de rehabilitación hospitalaria, colaborando con el equipo multidisciplinario para brindar una atención integral y de calidad al paciente.

Algunas de las funciones específicas del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en este entorno son las siguientes:

Preparación y organización del entorno: El técnico se encarga de preparar y organizar el espacio de la consulta, asegurándose de que esté limpio, ordenado y equipado con los materiales y suministros necesarios.

Esto implica verificar el funcionamiento adecuado de los equipos terapéuticos, como las camillas o las ayudas técnicas, y garantizar la disponibilidad de materiales estériles y desechables.

Asistencia al equipo de rehabilitación: Durante las sesiones terapéuticas, el técnico brinda asistencia al equipo de rehabilitación. Esto puede incluir ayudar en la movilización del paciente, preparar y ajustar los equipos utilizados durante las terapias y colaborar en la realización de ejercicios y actividades específicas según las indicaciones del terapeuta.

Registro y documentación: El técnico en cuidados auxiliares de enfermería registra y documenta la información relevante durante la consulta de rehabilitación. Esto puede incluir los signos vitales del paciente, las actividades realizadas durante las sesiones terapéuticas, los progresos del paciente y cualquier observación importante realizada durante el proceso.

La documentación precisa y completa es fundamental para el seguimiento del tratamiento y la evaluación del progreso del paciente.

Apoyo emocional y educación al paciente y la familia: El técnico brinda apoyo emocional al paciente y a su familia durante la consulta de rehabilitación. Esto implica mostrar empatía, escuchar activamente y brindar palabras de aliento.

Además, el técnico puede proporcionar información y educación sobre las actividades y ejercicios que se realizan durante la consulta, así como sobre las pautas y recomendaciones para continuar la rehabilitación en el hogar.

5 Discusión-Conclusión

Un consejo importante para el buen funcionamiento del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la consulta de rehabilitación es mantener una comunicación efectiva y una colaboración estrecha con el equipo multidisciplinario.

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.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 204

EL TÉCNICOS EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL QUIRÓFANO

MARÍA DEL CARMEN JIMENEZ ZORNOZA

LUCRECIA FERNANDEZ GOMEZ-PIMPOLLO

REMEDIOS LOZANO TALAVERA

EVA MARIA MARTÍNEZ CERRO

1 Introducción

Un quirófano es una estructura separada y aislada en un hospital donde se realizan los procedimientos quirúrgicos y los procedimientos de reanimación anestésica necesarios para realizar correctamente un procedimiento quirúrgico. El quirófano también dispone de una zona exterior dedicada a la preparación preoperatoria y la reanimación postoperatoria. un marco poderoso para todas las intervenciones electivas o de emergencia para pacientes con condiciones quirúrgicas reguladas o urgentes. El quirófano es un espacio cerrado que debe estar completamente separado del resto del hospital por una serie de tabiques a la estructura exterior. El quirófano permite una atención integral y personalizada del paciente por parte de un equipo multidisciplinario de profesionales médicos. Este equipo incluye anestesiólogos, cirujanos, radiólogos, gastroenterólogos, neumólogos, enfermeros quirúrgicos, auxiliares de enfermería, instrumentistas quirúrgicos, enfermeros y enfermeras para todas las cirugías realizadas bajo anestesia,

incluidos los docentes. Ordenanza Artículo 76: Deberes de los Auxiliares de Enfermería en Quirófanos y Departamentos de Esterilización son los siguientes: 1. Cuidado, almacenamiento y reposición de batas, ropa de cama, toallas, etc.; Arregle los guantes y prepare vendajes de gasa. 3. Asistir a un trabajador sanitario certificado en la preparación de materiales para la esterilización. 4. Asistir en la recolección y limpieza de instrumentos utilizados en intervenciones quirúrgicas y el pedido de gabinetes y arsenales por personal de apoyo de higiene calificado 5. En general, todas las actividades que sirvan para el desarrollo de las funciones de médico, enfermero o auxiliar técnico médico sin que tengan carácter profesional médico. Los Asistentes de Enfermería de Soporte Técnico (TCAE) son parte del equipo quirúrgico y trabajan en colaboración bajo la supervisión del personal de enfermería. En el área de atención, los centros médicos, clínicas y hospitales juegan un papel importante en el buen funcionamiento de sus instalaciones. Estos sirven de apoyo al personal médico en áreas como pediatría, medicina de emergencia y atención primaria. Pocas cirugías son tan delicadas y rigurosas como las de la medicina moderna, porque en muchos casos, cometer o no un pequeño error, repercute directamente en la vida del paciente. Por ello, siempre se observan las pautas y normas de seguridad, calidad e higiene especificadas para el trabajo en quirófano. Coordina con otros equipos médicos para facilitar el trabajo de cirujanos y enfermeras y asegurar todos los materiales e instrumentos necesarios para cada procedimiento quirúrgico. El Qx consta de circuitos limpios que van desde áreas blancas a grises, pero los círculos sucios solo se ejecutan en áreas negras. No se puede pasar de negro a blanco sin que un profesional pase antes por un extenso proceso de higiene y desinfección.

2 Objetivos

Exponer las funciones del TCAE en el quirófano.

3 Metodología

7. Se ha procedido a realizar una revisión teórica sobre la temática “el rol del auxiliar de Enfermería en el quirófano “ sus funciones mas destacadas.

8. Para llevar a cabo la revisión, se ha realizado un estudio y análisis de información de distintas fuentes, como bases de datos médico científicas (PubMed, Medline, Scielo...entre otras).

9. Además de la búsqueda en bases de datos, también se ha realizado una búsqueda exhaustiva en diferentes medios digitales, como revistas científicas,

páginas de internet, blogs de salud.

10. Se han utilizado los siguientes descriptores; “TCAE en quirófano”, “funciones del auxiliar de Enfermería en quirófano”

11. Tras el análisis de la información obtenida, se ha obtenido la siguiente información relevante para la realización del artículo.

4 Resultados

En general, los auxiliares de enfermería en el quirófano son responsables de atender las necesidades preoperatorias (antes de la cirugía), intraoperatorias (durante la cirugía) y postoperatorias (postoperatorias) de los pacientes. Por lo tanto, los auxiliares de enfermería tienen diferentes roles en el quirófano:

Preoperatorio

- ayudar al personal a ayudar a las enfermeras a apagar el equipo
- informar a la familia y al paciente sobre sus preocupaciones.
- Solucionarlo y ver qué herramienta utilizar.
- Prepara al paciente para el día de la intervención.
- Colocación de vendajes quirúrgicos a un paciente.
- Higiene del paciente y rasurado.
- Ajustar la temperatura ambiente.

Intraoperatorio

- Asistentes Quirúrgicos y Médicos.
- Proporciona todo el equipo estéril necesario durante la cirugía.
- Proporciona tratamiento psiquiátrico y, si es necesario, anestesia para pacientes antes del suicidio.
- Preparar y reunir recursos para la próxima misión.
- Recoger y limpiar todo el material
- Llevar un registro de todo lo que se emplea en la intervención.
-

Postoperatorio

- Cambio de frazadas y sábanas
- Verificar el estado de salud del paciente: controlar la temperatura, proporcionar frazadas calientes.
- Medicina del Paciente, Último Ciclo y Ciclo Reproductivo.
- Verificar los signos vitales del paciente.
- Asegúrese de que el paciente esté bien.
- Lleva al paciente de la sala a su habitación.
- Esterilizar los instrumentos según su composición.
- recoger y limpiar cables y material para su posterior esterilización.

Son muchas las funciones del TCAE en Qx.:

- Construir el taller asegurándose de que todo esté listo antes de empezar a trabajar.

Reposición del material, instrumental y suministros quirúrgicos.

Comprobando el uso del dispositivo.

Ayudar a las enfermeras a colocar vendajes después de una cirugía.

Desarrollo de tecnología de aspiración quirúrgica al vacío.

Preparación de instrumental quirúrgico (suturas, catéteres, grapadoras, drenajes...).

Imprime estándares de dispositivos médicos.

- Admisión y posicionamiento del paciente.

Brinda la atención adecuada a los pacientes que requieren cirugía.

Identificación mediante pulseras y otros sistemas para confirmar la historia clínica y pueblas cruzadas (tratamiento previo a la intervención).

Controlar el movimiento del paciente y ayuda a modificar la posición requerida por el cirujano.

Ayude a los pacientes a mantenerse saludables en la mesa de qx y proporcione la protección adecuada en todas las situaciones.

5 Discusión-Conclusión

o La TCAE en el quirófano ocurre en todas las etapas de la cirugía: preoperatoria, intraoperatoria y posoperatoria.

TCAE juega un papel importante en la cirugía, ya sea cambiando instrumentos, apoyando y apoyando con el equipo médico, o limpiando adecuadamente los instrumentos utilizados. Por supuesto, prepara al paciente para la cirugía.

La atención en quirófano tiene como objetivo seguir ciertos principios de honestidad, cooperación y apoyo, y trabajo en equipo.

Actitud amable y responsable. o Sensibilidad y compasión, y la capacidad de respetar la dignidad y el sentido de independencia de cada paciente. o Paciencia e ingenio. o Habilidades de comunicación para apoyar al paciente y hacerlo sentir seguro. o Tolerancia a la tristeza, porque determinadas tareas pueden resultar angustiosas. o Resistencia y salud física, porque este es un trabajo duro para el cuerpo. o Ser observador, por ejemplo, para detectar cambios en el estado del paciente. o Ser capaz de registrar notas detalladas y precisas y redactar informes breves. o Capacidad para trabajar en equipo. o Tienen su propia iniciativa.

El trabajo del Auxiliar de Enfermería se divide en varias partes:

1. Preparar el Quirófano para realizar todas las operaciones: El TCAE debe tener todo el equipo y sillones listos para la intervención, todo debe estar listo y trabajar en orden. . Posteriormente, vístase de acuerdo con los consejos del personal de enfermería, prepare la bata quirúrgica y apague el equipo necesario. El método de preparación y seguimiento de la lactancia es muy importante, sobre todo en situaciones de urgencia, porque la paciente no sigue las instrucciones, así como el método de ayuno previo al ingreso.
2. Recepción de un paciente: Para recibir a un paciente en el área de recepción, lo primero que debe hacer es verificar su identidad (a través del brazalete que lleva la quinta persona). Posteriormente se elaborará un plan de evaluación quirúrgica (se realizó limpieza, se retiraron todas las prótesis y/o adornos, se retiraron clavos, se siguió secuencia de ayuno, se siguieron leyes, etc.). Los pacientes deben usar gorras y pantalones ajustados para ingresar a la sala de operaciones.
3. Posición del paciente en la mesa de operaciones: La posición del paciente durante el tratamiento depende del procedimiento a realizar.
4. Durante la cirugía: Después de colocar al paciente en la mesa de operaciones,

el auxiliar de enfermería debe proporcionar la información necesaria solicitada por el equipo de enfermería, incluyendo toda la información requerida en este momento. Ayudará a los médicos y enfermeras a ponerse batas estériles. Al usar la unidad de potencia, se coloca una tabla en su regazo. Si el equipo de enfermería lo solicita, se cubre al paciente con una manta térmica, se completa el procedimiento y se da de alta al paciente. , el asistente debe limpiar y desechar todo el equipo. Usado y dejado en la sala de control para una mayor intervención. Seguirá algunas instrucciones:

Limpie todos los suministros utilizados en este proceso.

Lave los artículos con un paño húmedo y un detergente suave y desinfectante.

Ajuste y apague el sistema de succión.

Recoge y limpia los artículos usados, brindando la atención adecuada (cada hospital tiene una política diferente al respecto).

Compruebe si hay objetos punzocortantes y reemplácelos si es necesario.

Después de lavar todo, coloca las sábanas en el banco de trabajo.

Cuando termina el trabajo, notifica a los limpiadores para que puedan trabajar en el resto de la habitación.

6 Bibliografía

- <https://daeformacion.com/funciones-tcae-quiropano-reposicion/>
- <https://www.ceac.es/formacion-profesional/grados-medios/sanidad/cuidados-auxiliares-enfermeria/que-hace-tcae-quiropano>
- <https://www.euroinnova.edu.es/que-hace-un-auxiliar-de-enfermeria-en-un-quiropano>
- <https://diariosanitario.com/auxiliar-enfermeria-quiropano-formacion/#::text=Tomar%20la%20temperatura%20a%20los,Intervenir%20en%20las%20distintas%20operaciones.>
- <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-del-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-quiropano/>
- http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_auxenf.htm
- <https://www.consumoteca.com/bienestar-y-salud/quiropano/>
- <https://yoamoenfermeriablog.com/2018/10/29/quiropano-caracteristicas/>

Capítulo 205

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA TÉCNICA DE REALIZACIÓN DE LA INFILTRACIÓN PARA EL DOLOR

ANA ISABEL NOTARIO MADRID

NATALIA LOPEZ GARCIA

MÓNICA ROSA MORENO LALIGA

BELÉN SANCHEZ RUIZ

NICOLE CHICO CORRAL

1 Introducción

El papel del Técnico Auxiliar de Enfermería es ayudar y apoyar a otros profesionales médicos, como médicos y enfermeras. Además de atender sus necesidades, también debe trabajar para preparar al paciente. Su trabajo del Técnico Auxiliar de Enfermería se puede realizar en una variedad de servicios y unidades.

La infiltración para el dolor es un procedimiento médico en el que se administra un medicamento directamente en el área afectada con el objetivo de aliviar el dolor. Se utiliza principalmente en casos de dolor crónico o agudo que no ha respondido a otros tratamientos conservadores. El medicamento infiltrado puede

incluir analgésicos locales, corticosteroides o una combinación de ambos. Durante el procedimiento de infiltración, se utiliza una aguja delgada para introducir el medicamento en el tejido o la articulación específica que causa el dolor.

El objetivo es proporcionar alivio directo en el área afectada, reducir la inflamación y disminuir la sensación de dolor. La infiltración para el dolor puede realizarse en diferentes partes del cuerpo, como las articulaciones, los músculos, los tendones o los nervios. Algunas de las condiciones en las que se puede utilizar la infiltración incluyen artritis, tendinitis, bursitis, dolor de espalda, neuralgia, fibromialgia y dolor postoperatorio.

El procedimiento de infiltración se lleva a cabo en una sala de procedimientos médicos o en una clínica, bajo la supervisión de un médico especialista en medicina del dolor. Antes de la infiltración, se realiza una evaluación clínica y se obtiene el consentimiento informado del paciente.

La infiltración para el dolor es considerada una opción terapéutica mínimamente invasiva y puede proporcionar un alivio significativo a los pacientes que experimentan dolor crónico o agudo.

2 Objetivos

El objetivo principal del presente capítulo es dar a conocer las funciones del TCAE en la realización de una infiltración para el dolor.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo.

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la técnica de realización de la infiltración para el dolor son fundamentales para garantizar un procedimiento seguro y eficiente. Aunque la infiltración es realizada por el

médico especialista, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel de apoyo y asistencia esencial.

A continuación, se detallan algunas de las funciones específicas del técnico en este procedimiento:

- Preparación del entorno: El técnico se encarga de preparar la sala o área donde se realizará la infiltración. Esto incluye asegurarse de que todos los materiales y equipos necesarios estén disponibles y en buen estado de funcionamiento.

También es responsable de mantener un entorno limpio y estéril, siguiendo las normas y protocolos de asepsia.

- Asistencia al médico: Durante la infiltración, el técnico brinda asistencia al médico especialista. Esto puede incluir pasar los instrumentos y suministros necesarios en el momento adecuado, mantener el área de trabajo organizada y preparar los medicamentos según las indicaciones del médico.

El técnico también puede colaborar en la colocación del paciente en la posición adecuada para facilitar el acceso al área a infiltrar.

- Monitorización del paciente: Durante el procedimiento, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encarga de monitorizar al paciente. Esto implica controlar constantemente los signos vitales, como la presión arterial, el pulso y la saturación de oxígeno, y estar atento a cualquier reacción adversa o complicación que pueda surgir.

El técnico debe tener habilidades de observación y comunicación efectivas para informar al médico sobre cualquier cambio en el estado del paciente.

- Registro y documentación: Es responsabilidad del técnico en cuidados auxiliares de enfermería realizar un registro preciso y completo de la infiltración. Esto incluye anotar la fecha, la hora y el sitio de la infiltración, así como los medicamentos y las dosis utilizadas.

También debe registrar cualquier reacción adversa o efecto secundario que el paciente pueda experimentar durante o después del procedimiento.

- Cuidados post-procedimiento: Después de la infiltración, el técnico brinda cuidados al paciente en la sala de recuperación.

Esto puede incluir controlar los signos vitales, evaluar el área infiltrada para detectar signos de infección o complicaciones, y brindar instrucciones al paciente sobre los cuidados posteriores, como la aplicación de frío o calor, el reposo y la administración de analgésicos según las indicaciones médicas.

5 Discusión-Conclusión

El consejo principal para una buena realización de la técnica de infiltración para el dolor es seguir las indicaciones del médico especialista y tener un enfoque preciso y cuidadoso al administrar el medicamento.

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.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 206

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA SALA DE REANIMACIÓN DE UN CENTRO HOSPITALARIO

ANA ISABEL NOTARIO MADRID

NATALIA LOPEZ GARCIA

MÓNICA ROSA MORENO LALIGA

BELÉN SANCHEZ RUIZ

NICOLE CHICO CORRAL

1 Introducción

El papel del Técnico Auxiliar de Enfermería es ayudar y apoyar a otros profesionales médicos, como médicos y enfermeras. Además de atender sus necesidades, también debe trabajar para preparar al paciente. Su trabajo del Técnico Auxiliar de Enfermería se puede realizar en una variedad de servicios y unidades.

La sala de reanimación, también conocida como sala de emergencias o unidad de cuidados intensivos, es un espacio en el ámbito hospitalario diseñado específicamente para brindar atención inmediata y especializada a pacientes en situación crítica o que requieren reanimación.

Es un entorno de alta complejidad y de respuesta rápida, equipado con tecnología avanzada y personal capacitado para atender situaciones de emergencia médica. La sala de reanimación se encuentra estratégicamente ubicada en el hospital para facilitar el acceso y la atención inmediata de pacientes en condiciones críticas. En esta área, se brinda atención a pacientes que presentan paro cardiorrespiratorio, insuficiencia respiratoria aguda, shock, trauma grave u otras emergencias médicas que requieren intervención inmediata.

El concepto de la sala de reanimación se basa en la idea de proporcionar una atención multidisciplinaria y coordinada a través de un equipo médico especializado, que incluye médicos, enfermeras, técnicos de emergencias médicas y otros profesionales de la salud.

Todos ellos trabajan en conjunto para evaluar rápidamente al paciente, estabilizar su condición, brindar tratamiento adecuado y monitorizar de manera continua su estado de salud.

2 Objetivos

- Describir el papel del auxiliar de enfermería en la sala de reanimación que existe en cada centro hospitalario.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo.

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un papel esencial en la sala de reanimación, trabajando en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería para brindar una atención eficiente y segura a los pacientes en situaciones críticas.

Aunque el TCAE no tiene un rol directo en la toma de decisiones médicas, sus funciones son vitales para el funcionamiento adecuado de la sala de reanimación.

A continuación, se describen algunas de las funciones del TCAE en la sala de reanimación:

Preparación del entorno: El TCAE es responsable de asegurar que la sala de reanimación esté ordenada, limpia y equipada con los suministros necesarios.

Esto incluye preparar el equipo médico, verificar el funcionamiento de los monitores y desfibriladores, y asegurarse de que haya suficiente iluminación y suministros disponibles.

Asistencia en los procedimientos: El TCAE colabora en los procedimientos de reanimación y cuidados intensivos bajo la supervisión del personal médico y de enfermería.

Puede ayudar en la colocación de vías intravenosas, realizar maniobras de soporte vital básico (como la reanimación cardiopulmonar), preparar y administrar medicamentos según las indicaciones y asistir en la monitorización y registro de signos vitales.

Traslado de pacientes: El TCAE puede ayudar en el traslado de los pacientes desde otras áreas del hospital a la sala de reanimación, así como en el transporte del paciente a otras unidades especializadas cuando sea necesario. Esto implica asegurarse de que el paciente esté de manera segura en la camilla, verificar las conexiones del equipo y comunicarse efectivamente con el personal de enfermería y médico.

Mantenimiento del entorno seguro: El TCAE es responsable de mantener un entorno limpio y seguro en la sala de reanimación. Esto incluye la limpieza y desinfección adecuadas de las áreas de trabajo y el manejo adecuado de los desechos médicos.

Además, el TCAE debe estar atento a la seguridad del personal y del paciente, siguiendo las pautas de prevención de infecciones y promoviendo la adherencia a las medidas de seguridad.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación fundamental para el buen funcionamiento del servicio de la sala de reanimación por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es mantener una comunicación efectiva y una coordinación estrecha con el equipo multidisciplinario

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.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 207

LOS BEBÉS PREMATUROS Y LOS CUIDADOS POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

CARMEN RUIZ RUIZ

CRISTINA GARCÍA BLANCO

MARIANGELES IBÁÑEZ GUERRERO

LAURA MARTÍNEZ CANTOS

MARÍA CONCEPCIÓN TENDERO AVILA

1 Introducción

La pediatría es la rama de la medicina que estudia el crecimiento y desarrollo de los niños y trata sus enfermedades. Cabe señalar que la pediatría no es solo el estudio de las enfermedades y tratamientos, sino que también se encarga del estudio de las características físicas, mentales y sociales de los niños desde el nacimiento hasta la adolescencia. Esta es una especialidad médica que afecta completamente la vida de un niño. Se considera lactante o recién nacido el menor de 28 días de vida. Estos primeros días tienen la importancia básica para que el niño se adapte a la nueva vida y el entorno que lo rodea. Después del parto, el técnico de atención desempeña un papel básico, porque es un personal saludable realizar el

primer cuidado de los bebés, siempre controlados por un marino o partera. La auxiliar de enfermería no solo tiene un papel asistencial, sino que también juega un papel esencial en la educación sanitaria, ayudando a la madre a amamantar adecuadamente, explicándole cómo bañar al recién nacido, etc.

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

La mayoría de las complicaciones se deben a la propagación de sistemas de órganos inmaduros. En algunos casos, las complicaciones se resuelven por completo, mientras que en otros persiste la disfunción orgánica residual. Los bebés prematuros son de tamaño pequeño, normalmente pesan menos de 2.500 gramos, con la piel fina, brillante, rosada y con venas en la piel. Tiene grasa subcutánea magra, pelo y cartilago de la oreja. La actividad espontánea y la tensión se reducen, las extremidades ya no tienen la postura curvilínea característica de los bebés nacidos a término. En los hombres, el escroto puede tener muchos pliegues y los testículos en ocasiones no descenden. En las niñas, los labios grandes no cubren los labios del bebé.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 208

EL FALLECIMIENTO DE UN PACIENTE EN LOS HOSPITALES Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA ANTE ESO

CARMEN RUIZ RUIZ

CRISTINA GARCÍA BLANCO

MARIANGELES IBÁÑEZ GUERRERO

LAURA MARTÍNEZ CANTOS

MARÍA CONCEPCIÓN TENDERO AVILA

1 Introducción

Cuando fallece un paciente es un momento muy delicado y sensible para el personal de salud, como el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

En la atención y el manejo de este momento es esencial actuar con respeto y compasión hacia el paciente y sus familiares, ya que son momentos difíciles.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe verificar que el paciente haya fallecido. Con lo cual debe tomar la medición de los signos vitales y confirmar la ausencia de los mismos, llamando inmediatamente al profesional de la salud

autorizado, el médico o la enfermera. El médico es el encargado y responsable del paciente. Es la persona que toma las medidas necesarias y registra la información adecuadamente. Gestiona toda la documentación que implica el fallecimiento del paciente.

Es importante recordar que, en situaciones de deceso, el técnico auxiliar de enfermería debe seguir los protocolos y las políticas establecidas por el hospital y trabajar en coordinación con el personal de enfermería y médicos para garantizar un manejo adecuado y respetuoso del fallecimiento.

Debemos tener en cuenta que el paciente fallecido puede tener compañeros de habitación, por lo tanto intentaremos gestionar la situación de modo que sea lo menos traumática posible para el compañero o compañera.

2 Objetivos

Explicar e indicar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería cuando está ante el deceso de un paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Protocolos de actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) ante el paciente fallecido.

Una vez confirmada la muerte por el personal médico, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería puede ayudar a preparar el cuerpo del paciente. Esto incluye cerrar los ojos del paciente y colocarlo en una posición adecuada.

Es importante asegurarse de que el cuerpo del paciente esté limpio y aseado antes de entregarlo a los familiares o antes de que sea trasladado a la morgue, según el protocolo del hospital.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe completar adecuadamente la documentación necesaria sobre el fallecimiento del paciente. Esto incluye la

hora y fecha del deceso, las circunstancias y cualquier observación relevante.

En caso de que el paciente tenga creencias religiosas o culturales específicas en relación con la muerte y el manejo del cuerpo, es fundamental respetar y seguir esas prácticas siempre que sea posible.

En este momento tan difícil para los familiares pueden necesitar apoyo emocional y psicológico, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería puede proporcionar información sobre los siguientes pasos, orientándoles sobre lo que pasará a continuación. Esto le quita cierta ansiedad a los familiares.

Ofrecen apoyo psicológico a los familiares del paciente fallecido es muy importante, ya que la pérdida de un ser querido en según que circunstancias puede ser muy traumática para ellos.

Es fundamental mostrar empatía a los familiares y conocer los procesos del duelo, de esta manera no será más fácil el tratamiento con ellos, debemos permitir que expresen sus emociones ni sentimientos. Escucharemos activamente sin juzgar y le proporcionaremos un espacio aislado para que compartan sus sentimientos. Les daremos información clara y comprensible sobre lo que sucedió durante la atención del paciente y las circunstancias de su fallecimiento puede ayudar a los familiares a comprender y asimilar la situación.

Si es necesario, se puede derivar a los familiares a servicios de apoyo psicológico especializado, como terapeutas o consejeros en duelo. Estos profesionales pueden brindar herramientas y estrategias para lidiar con el dolor y la pérdida.

Cada individuo tiene su propio proceso de duelo y no existe una fórmula única para brindar apoyo psicológico. Lo más importante es mostrar compasión y estar presente para los familiares en estos momentos difíciles.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe enfrentarse a situaciones trágicas como sería la pérdida de un paciente, en ocasiones será un proceso más llevadero después de una larga enfermedad, una persona mayor, y en otras ocasiones será una situación muy dramática.

En el momento del fallecimiento, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe avisar al médico para que certifique la defunción y proceda a la gestión de la documentación y demás actividades que se desarrollan en este hecho.

Si el paciente fallecido tuviera un compañero de habitación, es importante que actuemos de forma calmada transmitiendo tranquilidad, pero no crear más alarma ni una situación traumática para al compañero.

En este caso, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe ocuparse del cuerpo, lo agarrará debidamente y le pondrá la ropa más adecuada, para que los familiares puedan verlo lo más decente posible.

Cuando el paciente ha fallecido, las personas a las que debemos cuidar son sus familiares, entendiendo el proceso del duelo y empatizando con su dolor.

Es importante transmitirles la información de forma clara y ayudarles en lo que podamos, que pueden estar atravesando un momento de confusión en el que les cueste recibir información.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/labor-tcae-paciente-post-mortem/>.
2. <https://www.leonoticias.com/leon/tecnicos-enfermeria-remarcan-funcionestras-muerte-paciente-20230412141924-nt.html>.

Capítulo 209

PACIENTE ALIMENTADO CON SONDA Y LA FUNCION DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

CARMEN RUIZ RUIZ

CRISTINA GARCÍA BLANCO

MARIANGELES IBÁÑEZ GUERRERO

LAURA MARTÍNEZ CANTOS

MARÍA CONCEPCIÓN TENDERO AVILA

1 Introducción

La denominada nutrición enteral es una habilidad de ayuda y apoyo nutricional, que residirá en suministrar todos los nutrientes que el enfermo precise y que van directos al tracto gastrointestinal, se efectúa mediante la inserción de una sonda nasogástrica.

Los enfermos que demandan de esta técnica y que deben recibir, la nutrición enteral sería o estaría indicada en casos en lo que el enfermo por sus propios medios no es capaz de alimentarse o de proporcionar a su cuerpo todos los requerimientos nutricionales que su cuerpo o enfermedad requiere.

Para ello se les ayuda con esta técnica y dentro de esta técnica de la nutrición enteral hoy nos centraremos en los modos de su administración, en las cuales nos

encontramos la administración denominada continua que consiste en la infusión de nutrición enteral durante el día o la noche, o bien a lo largo de las 24 horas, la administración intermitente o por tomas esta es la más similar a la alimentación habitual, pero solo debe manejarse en enfermos con el tracto digestivo sano y tiempo de vaciado gástrico normal, o la administración en bolo o con jeringa esta se realizará administrando la dieta mediante jeringa de alimentación muy lentamente y por último veremos la administración por gravedad que es la consistente en administrar la nutrición mediante un sistema de goteo.

2 Objetivos

- Exponer en profundidad en qué consisten los diversos modos de administración de la nutrición enteral.
- Dar las pautas y procedimientos convenientes a la hora de la administración.

3 Metodología

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

4 Resultados

Como mencionamos en los párrafos anteriores pasamos a describir los diversos modos de administración de nutrición enteral

1. Administración continúa.

Consiste en la infusión de nutrición enteral durante el día o la noche, o bien a lo largo de las 24 horas del día, con la posibilidad de realizar pequeñas pausas para consentir la higiene, deambulación y otras actividades, será administrada durante 23 horas al día si la tolerancia digestiva es la correcta y conveniente.

Su ventaja es la buena tolerancia digestiva recomendándose en quien presente intolerancia o diarreas, así como retenciones gástricas, en situaciones de malnutrición severa, con síndrome de malabsorción, enfermos con sedación o en coma y enfermos pediátricos. Se manejará siempre que la sonda esté insertada en duodeno o yeyuno. La cabecera de la cama se mantendrá permanentemente con una

elevación de un mínimo de 30° mientras dure la administración. El alimento debe estar colgado a una altura mínima de 60 cm por encima de la cabeza del enfermo. Para mantener un volumen constante y controlado, se manejarán las nutribombas, que permiten infundir dietas hiperosmolares o viscosas a un ritmo muy lento para evitar la obstrucción de la sonda. Se aconseja no sobrepasar en un principio los 30 ml / hora e ir incrementando progresivamente la velocidad para llegar al requerimiento calculado en 48 - 72 horas.

Existen nutribombas con batería incorporada que permiten la autonomía de funcionamiento, facilitando la movilización o traslado del enfermo. Algunas presentan la función intermitente para simultanear la administración de agua (20 cc). El agua debe repartirse cada 4 a 6 horas con la finalidad de hidratar y de lavar la sonda para evitar obstrucciones. Tienen un sistema de alarma que indica la presencia de aire en el sistema, avisan cuando la cámara de goteo registra aumento o descenso en el caudal programado y al finalizar el volumen programado.

2. Administración intermitente o por tomas.

Es la más parecida a la alimentación habitual, pero solo debe manejarse en enfermos con tracto digestivo sano y tiempo de vaciado gástrico normal. Consiste en administrar 300-500 ml. entre 4-7 veces al día. Para comprobar el conveniente vaciamiento gástrico se aspirará el residuo gástrico antes de cada toma, siendo patológico un residuo mayor o igual a 150 ml. El residuo se reinyectará. Se conservará la cabecera de la cama elevada durante 20-30 minutos después de la alimentación.

Se mantendrá la cabecera de la cama elevada durante 20 - 30 minutos posteriormente de la administración.

2.1. En bolo o con jeringa.

Se realiza administrando la dieta mediante jeringa de alimentación muy lentamente. La velocidad de administración no debe ser superior a 20 ml. por minuto. El volumen de cada toma no debe sobrepasar los 350 ml. Se conecta la jeringa al extremo de la sonda, elevándola 50 cm. por encima de la cabeza del enfermo, dejando que se vacíe de modo gradual.

2.2. Por gravedad.

Consiste en administrar la nutrición mediante un sistema de goteo. Se programa el volumen total en 3 a 6 tomas/día, pasando cada toma en 60-90 minutos. Permite una alimentación más lenta que el bolo y mejor tolerada. Se reparte el agua entre las tomas. El volumen de cada toma no debe superar los 350 c.c.

En todos los casos, el lavado periódico de la sonda, antes y después de su uso, o cada 4/6 horas en las pautas continuas, supone un requisito obligatorio para su buen funcionamiento. Se lava con 20 ml. de agua, dejando la sonda pinzada

durante los siguientes 30 minutos. Se despinza y se conecta a bolsa de drenaje, por gravedad, otros 30 minutos (total de 60 minutos). La manipulación de bebidas de cola para lavarla de modo periódico se considera muy efectiva.

La administración en modo intermitente o en bolos es más fisiológica, pero en caso de intolerancia o en situaciones de mala absorción o administraciones en intestino delgado, se maneja la administración continua a fin de asegurar la absorción de los nutrientes. En administración a yeyuno es indispensable el uso de la nutribombas para evitar variaciones de flujo.

El cuidado e higiene de la cavidad oral requiere un especial apartado, ya que el crecimiento bacteriano puede provocar complicaciones, por lo que diariamente después de la higiene oral, se debe aplicar un colutorio.

Hay que observar lavado higiénico de las manos antes y después de manipular.

Los equipos de bombas y de infusión deben cambiarse diariamente.

Los equipos de bombas y de infusión deben cambiarse diariamente. No mantener ninguna fórmula abierta y conectada más de 24 horas por riesgo de contaminación bacteriana.

No se debe mantener ninguna fórmula abierta ni conectada más de 24 horas por riesgo de contaminación bacteriana.

En todos los casos, la pauta de inicio debe calcularse con el 75 % de los requerimientos, o menos si se administra en el yeyuno o surgen problemas de tolerancia o patología en el tracto gastrointestinal. En las siguientes 48 - 72 horas el ritmo de infusión puede ir progresando hasta llegar al 100%.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos expuesto anteriormente llegamos a la conclusión y en nuestra opinión que debido a las diferentes y variados modos de administración de la nutrición enteral, dependiendo del requerimiento de la patología, enfermedad o parte afectada del enfermo, se deben seguir unas establecidas y correctas pautas, primeramente a la hora de su colocación y mantenimiento, como así el modo en la que debe quedar puesta, ya sea en lo referente a la altura de la alimentación o en lo referente a la posición del enfermo y, por último y lo más importante, es la correcta administración, en cantidad, velocidad y temperatura, de la cual la mayoría de las veces le corresponde por sus competencias al técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

6 Bibliografía

1. Álvarez Hernández J., Peláez Torres N., Muñoz Jiménez A.. Manejación clínica de la Nutrición Enteral. Nutr. Hosp. [Internet]. 2006 Mayo [citado 2022 Jul 07] ; 21(Suppl 2): 87-99. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000500009&lng=es.
2. <https://books.google.com/books?id=N7DV0j8qQOcC>.
3. http://www.enfermeriaaps.com/portal/?wpfb_dl=2811#:~:text=Si%20la%20nutrici%C3%B3n%20es%20continua,enfermo%20siempre%20un%20poco%20incorporado.

Capítulo 210

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE) ANTE LOS DRENAJES. CLASIFICACIÓN Y CUIDADOS DEL PACIENTE PORTADOR DE DRENAJES

M^a ÁNGELES VERGARA GARZÓN

ANTONIA MARTÍNEZ CANO

LORENA ANDRÉS DE LA FUENTE

VANESA ROMAN SEGURA

1 Introducción

Se entiende como drenaje a la actuación realizada quirúrgicamente para garantizar la salida de líquidos y derrames de una herida o absceso tras una intervención quirúrgica.

La utilización de drenajes es muy frecuente en intervenciones de cirugía general y en intervenciones de traumatología, puesto que son las especialidades quirúrgicas donde más acumulación de líquido en las heridas o excesos se producen. También son utilizadas los drenajes en actuaciones donde se precisa evacuar heridas, abscesos, cavidades con pus, secreciones exudados asépticos y secreciones normales en vísceras huecas

Existen multitud de drenajes los cuales son utilizados dependiendo del tipo de acción que se busque conseguir. Los drenajes son divididos en tres grupos:

- Drenajes profilácticos. Son utilizados en aquellos casos que se necesite prevenir el acúmulo de sustancias. A su vez, los drenajes profilácticos se pueden dividir en: o Drenajes terapéuticos y curativos. o Drenajes paliativos.
- Drenajes simples. En los drenajes simples no es necesario realizar ninguna acción para que se produzca la extracción de las sustancias deseadas, ya que dichas sustancias salen por la presión ejercida de los órganos adyacentes a ella.
- Drenajes de succión o drenajes activos. En los drenajes de succión es necesaria ejercer una fuerza externa para garantizar la salida de las sustancias deseadas.

2 Objetivos

- Conocer la finalidad de la utilización de drenajes en pacientes intervenidos quirúrgicamente.
- Detallar los tipos de drenaje existentes.
- Enumerar las funciones desarrolladas por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería con el paciente portador de 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

Cuidados del equipo de enfermería y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería con el paciente portador de drenajes.

Durante la realización de las actuaciones básicas generales del paciente portador de drenaje, se deberá tener en cuenta que dichos drenajes deben ser permeables para que puedan cumplir su función, por lo que si se pierde dicha permeabilidad se deberá comunicar al equipo de enfermería para su correspondiente actuación.

- Limpiar diariamente la zona de inserción de dentro hacia fuera, dicha limpieza se realizará con antiséptico.

- Sustituir los apósitos externos del drenaje cuando se deterioren, mojen o ensucien.
- Comprobar que el drenaje se encuentra colgado sobre la cama o apoyado en el suelo, puesto que si se encuentra sobre la cama puede provocar heridas o incluso úlceras en el paciente encamado con la presión ejercida del drenaje sobre la zona corporal.
- Comprobar que la piel circundante del drenaje no muestre síntomas de irritación o rojez. Se deberá prestar especial atención en esta actuación para evitar futuras infecciones.
- Se deberá anotar la cantidad del líquido o sustancia drenado en cada turno, llevando a cabo un registro informático para que pueda ser conocido por todo el profesional sanitario que interviene durante la estancia del paciente en el centro hospitalario.
- Cuando los drenajes dejan de eliminar sustancias o líquidos, se debe a que puede estar obstruido o el tubo se encuentra acodado, por lo que se deberá comunicar inmediatamente al equipo médico a cargo del paciente.
- Antes de retirar el recipiente de medida de los drenajes de vacío y de aspiración se deberá pinzar el tubo cerca de la inserción y después de despinzar, asegurando así la permeabilidad del drenaje.
- Comprobar continuamente la sustancia o líquido drenado comunicando al equipo de enfermería cualquier anomalía.
- Se deberá manipular el drenaje lo menos posible, dejando su manipulación al equipo de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante los drenajes. Clasificación y cuidados del paciente portador de drenajes” nos demuestra en primer lugar los diferentes tipos de drenaje que puede portar un paciente, siendo importante su conocimiento por parte del TCAE para poder realizar los cuidados necesarios de aquellos pacientes portadores de drenaje.

Es de vital importante que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería conozca la actuación con cada uno de estos drenajes, para mantener la asepsia de la herida y la seguridad del paciente, evitando tirones, obstrucciones...

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 211

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL SÍNDROME DE BURN OUT

ELENA GÓMEZ PALOMO

MARIA MERCEDES BONALES LÓPEZ

SILVIA JOVER SABARIEGOS

JENNIFER PEREZ HERRERA

ROCIO ROJO MERCHAN

1 Introducción

El síndrome del profesional quemado, llamado también síndrome de burnout, es un síndrome que se genera por elevadas situaciones de estrés, que llevan a los profesionales a límites que finalmente no pueden soportar. Se crea por una sobrecarga de trabajo, lo que lleva a un desagradable ambiente laboral y a un agotamiento físico, mental y emocional, lo que hace que afecte al desarrollo en el trabajo y a la vida personal.

El síndrome del profesional quemado se divide en 5 fases: entusiasmo, estancamiento, frustración, apatía y, por último, burnout o quemado.

Cuando más situaciones de estrés pasamos más aumenta el síndrome de burnout, esto hace que laboralmente el profesional se sienta insatisfecho, con lo cual no

realiza el trabajo al 100%, siendo esto un extremo al que no se debe llegar por el propio bien y el de los pacientes.

Es necesario valorar el hecho de hablar con los superiores si se cree que la sobrecarga de trabajo está afectando demasiado, acudir a profesionales de la psicología y no llegar a tantísimo nivel de estrés, ya que muchas veces el propio cuerpo no puede llegar a soportar esos niveles y se puede producir incluso una enfermedad.

2 Objetivos

- Exponer cómo afecta el síndrome de burnout al TCAE.
- Dar a conocer las fases de las que consta el burnout y cómo se pueden identificar en el TCAE.
- Mostrar las actividades que puede realizar el TCAE ante el burnout.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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 salud mental es lo más importante, y es algo que, habitualmente, se descuida demasiado.

Es necesario que el profesional se cuide primero para poder cuidar a los demás y dar un buen servicio a los pacientes, ya que si el trabajador sanitario no está al 100% no podrá dar el 100% en su trabajo.

El síndrome de burnout pasa por tres fases:

1. Entusiasmo:

Cuando el TCAE comienza un nuevo trabajo, está contento, con ganas de empezar y aprender, de superarse día tras día y conocer a sus pacientes y compañeros. En esta fase es cuando está tan entusiasmado que no le importa echarse horas de más ni tener sobrecarga de trabajo.

2. Estancamiento:

Cuando el TCAE ha pasado del entusiasmo de los primeros días o semanas, comienza a estancarse, ya no le parece tan bueno echar horas de más y tener tanta sobrecarga de trabajo encima, ya que no se siente tan valorado y esta situación termina generando mucho estrés.

3. Frustración:

El TCAE pierde la ilusión por su trabajo, generando con ello un nivel de frustración elevado, no ve la ilusión que tenía antes por el trabajo y se replantea muchas cosas, le molesta cada comentario y todo se lo toma a mal generando muchos conflictos entre compañeros y demás profesionales sanitarios.

4. Apatía:

Se le olvida la ilusión y la vocación por su trabajo, se le termina la paciencia y la empatía, generando una actitud negativa e incluso agresiva.

5. Quemado:

En esta fase el TCAE está totalmente quemado y emocionalmente agotado, afectando totalmente a su vida laboral y personal, muchas veces solo puede seguir adelante con ayuda psicológica.

Los profesionales sanitarios usan mucho la palabra "resiliencia". Lo que esa palabra refiere es que de todas las cosas malas se debe sacar el lado bueno para llevar la vida más amena y que no afecte tanto todo lo de nuestro alrededor, para poder trabajar con gusto cuidando personas.

Ante un caso de burnout, las principales tareas que el TCAE puede llevar a cabo son:

- Comunicar a los superiores si se cree que hay mucha sobrecarga de trabajo.
- Evitar niveles extremos de estrés que provoque estar mal en el trabajo y vida personal.
- Realizar ejercicios de relajación.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, debemos saber que la salud mental es muy importante y que como profesionales sanitarios debemos cuidarnos para poder cuidar de los demás y dar el 100% en nuestra vida laboral y personal.

Debemos aprender que la comunicación es algo muy importante para solucionar las cosas y si vemos una injusticia en la sobrecarga de trabajo debemos hablarla con nuestros superiores para que puedan solucionarlo lo antes posible y no llegar a niveles extremos de estrés, pudiendo llegar a abandonar nuestro puesto de trabajo.

Ayudarse entre los compañeros también ayuda a bajar la sobrecarga de trabajo y que podamos trabajar mejor en nuestro centro de trabajo.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/tcae-sindrome-burnout/>.
2. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-sindrome-de-burnout-en-los-profesionales-de-enfermeria/>.

Capítulo 212

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE) EN EL AMBITO SANITARIO: LA SALUD DEL PACIENTE Y CONSTANTES VITALES

JUDIT ESCUDERO RAMOS

GEMA COELLO

ROCIO CORAL COLLADO GUTIERREZ

YOLANDA ROMERO DIAZ

MARIA ELENA DE LA TORRE OSSORIO

1 Introducción

Las constantes vitales son indicadores que proporcionan información valiosa a los sanitarios sobre el estado de salud de un paciente y ayudan a detectar numerosas patologías (con bastante brevedad) .De ahí que en este capítulo vamos a hablar de las constantes vitales, medición que puede ser llevadas a cabo por los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería (TCAE) bajo la supervisión del diplomado universitario (DUES) en enfermería según la legislación vigente.

Pero, ¿Cuáles son las constantes vitales?

Son constantes vitales: la tensión arterial (tanto sistólica como la diastólica) , la frecuencia respiratoria (número de respiraciones llevadas a cabo durante un

minuto), saturación de oxígeno(cantidad de oxígeno disponible en sangre), frecuencia cardiaca (número de contracciones del corazón durante o minuto que se traduce por el número de pulsaciones por minuto)y temperatura corporal.

Tras su medida de todas y cada una de las constantes vitales (que se suele realizar a la vez), la valoración y registro(en la correspondiente grafica la historia de enfermería dentro de Mambrino XXI) de signos vitales supone una parte importante dentro de la atención que recibe el paciente dando datos objetivos a los facultativos para mantener o modificar los fármacos o medias paliativas pautadas.

2 Objetivos

- Conocer las cosas más importantes de las distintas constantes vitales que debe tener conocimiento el técnico 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 que puede llevar a cabo los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería y datos de interés sobre constantes vitales y su medición,

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre funciones que puede llevar a cabo los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería, datos de interés sobre constantes vitales y su medición, artículos en castellano que como máximo tuvieran 5 años de antigüedad.

4 Resultados

Datos de interés sobre las distintas constantes vitales:

Tensión arterial: Este parámetro empezó a medirse a mediados del sigloXIX . El aparato que se utiliza para llevar a cabo la medición es el tensiómetro y el primer artilugio para medir la tensión data de 1881 y aunque es un parámetro bastante variable, en la actualidad se sabe que se debe medir al menos tres veces al día

antes de las comidas cuando el paciente lleva un rato en reposo sobre el brazo izquierdo, para poder valorarla correctamente.

En la medición de la tensión arterial se obtienen dos valores:

- Tensión máxima o sistólica: Considerándose normal cuando los valores están comprendidos entre 11 y 14.
- Tensión mínima o diastólica: considerándose normal con valores comprendidos entre 7 y 9.

Frecuencia cardíaca: Se mide con el pulsímetro, la medición debe realizarse en reposo con el pulsímetro puesto en el dedo índice, los valores normales son cuando las pulsaciones están comprendidas entre 60 y 100, se habla de bradicardia cuando las pulsaciones son inferiores a 60 por minuto y de taquicardia cuando las pulsaciones son superiores a 100 por minuto.

Frecuencia respiratoria: se mide contabilizando el número de veces que se eleva el pecho de un paciente durante un minuto, se habla de frecuencia cardíaca normalizada cuando sus valores oscilan entre 12 y 20 respiraciones. Cuando los resultados son superiores de 20 se habla de que el paciente presenta taquipnea, si los valores obtenidos son inferiores a 12 se habla de que el paciente padece bradipnea y si existe un parón en la respiración de poca duración en la respiración del paciente se habla de apnea.

Saturación de oxígeno: Se mide con el pulsímetro al igual que la frecuencia cardíaca. Considerándose valores normales cuando la saturación del paciente se encuentra comprendida entre el 95-100%, si los valores obtenidos son inferiores a 90 se habla de falta de oxígeno o hipoxemia.

Temperatura corporal: se mide con el termómetro. Se habla de que el paciente tiene la temperatura corporal normalizada cuando los valores obtenidos están comprendidos entre 35.8 y 37 grados centígrados. La elevación de esta nos indica de la posibilidad de existencia de un proceso inflamatorio o infeccioso. Si los valores obtenidos son inferiores a 35.8 se habla de hipotermia y si por el contrario son superiores a 37 (según valores de elevación) se habla de febrícula o fiebre.

5 Discusión-Conclusión

Es totalmente imprescindible que el técnico en cuidados de auxiliar de enfermería tenga conocimientos sobre la forma de medir o u obtener los datos sobre las distintas constantes vitales, conocer el aparato que se utiliza para realizar la medición de cada una de ellas, saber llevar a cabo dichas mediciones, conocer cuáles son los valores normalizados y cuando los valores no están entre los límites de la normalidad el nombre que reciben (Por ejemplo, cuando la temperatura está

por encima de 37 y por debajo de los 38,5 grados se habla de febrícula) de esta forma puede ofrecer una atención adecuada a los pacientes y una ayuda efectiva al resto del equipo multiprofesional del que es parte.

6 Bibliografía

Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal sanitario de los servicios de salud.

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación profesiones sanitarias.

R.D. 1591/2009. <https://revistas-portalesmedicos.com>

<https://apuntesauxiliarenfermeria.com>

<https://www.auxiliar-enfermeria.com>

Técnicas básicas de enfermería. Smartbook.

Wikipedia. https://www.academia.edu/13185797/MANEJO_DE_SIGNOS_VITALES_EN_LA_HISTORIA_CLINICA

Capítulo 213

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE) EN EL AMBITO SANITARIO DE CASTILLA LA MANCHA: TOMA DE CONSTANTES VITALES-TENSIÓN ARTERIAL SISTOLICA Y DIASTÓLICA

JUDIT ESCUDERO RAMOS

GEMA COELLO

ROCIO CORAL COLLADO GUTIERREZ

YOLANDA ROMERO DIAZ

MARIA ELENA DE LA TORRE OSSORIO

1 Introducción

En España, según diferentes estudios realizados, existen más de 14 millones de personas con tensión arterial alta o hipertensión.

Pero, ¿qué es la presión arterial?

La presión arterial también conocida como es la fuerza que ejerce la sangre (tejido formado por sólidos y líquidos que se encarga tanto del transporte del oxígeno a los pulmones como de distribuir nutrientes desde el aparato digestivo a todas

las células que conforman el organismo) contra las paredes de las arterias (vaso sanguíneo).

Existen diferentes patologías referentes a los datos obtenidos con la medición de la presión arterial: presión arterial alta (sistólica) se da cuando el paciente presenta valores superiores a 140/90 o presión arterial baja (diastólica) se da cuando el paciente presenta valores inferiores a 120/60.

Es la presión arterial alta o hipertensión la que de no ser tratada adecuadamente y a tiempo puede ocasionar complicaciones o patologías sumamente graves como : ataque cardiaco o infarto, aneurisma, insuficiencia cardiaca, derrame cerebral, problemas renales u oculares e incluso demencia.

La presión arterial alta se da en todo tipo de pacientes y dentro de todos los rangos de edad (aunque el tanto por ciento de incidencia suele ser mayor en personas con edad avanzada) , influyen factores como los antecedentes familiares (es más fácil tener hipertensión si alguno de los padres o ambos la padece), hábitos de estilos de vida (no practicar ningún tipo de ejercicio, tener obesidad, tipo de alimentación, etc.), padecimiento de otras enfermedades, etc.

2 Objetivos

- Desarrollar las normas básicas de actuación que debe llevar a cabo el técnico en cuidados de auxiliar de enfermería para realizar la medida de la presión arterial de forma efectiva

3 Metodología

Hemos realizado un trabajo un trabajo de revisión bibliográfica en fuentes procedentes de libros de texto e información procedente de base de datos: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.

Palabras clave: funciones del TCAE, constantes vitales, tensión arterial, patologías relacionadas con el aumento o disminución de la presión arterial, valores considerados normales de la presión arterial, instrumento de medida de la presión arterial, factores influyentes en la tensión arterial y normas a seguir por los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería para la toma de la presión arterial de forma efectiva.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre funciones del TCAE, constantes vitales, tensión arterial, patologías relacionadas con el aumento o disminución de la presión arterial, valores considerados normales de la presión arterial, instrumento de medida de la presión arterial, factores influyentes

en la tensión arterial y normas a seguir por los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería para la toma de la presión arterial de forma efectiva , artículos en castellano con un máximo de antigüedad de 5 años.

4 Resultados

Existen diferentes aparatos para realizar la medida de la presión o tensión arterial:

- Esfigmomanómetro aneroides o tensiómetro manual.
- Fonendoscopio.
- Tensiómetros electrónicos cuyo inflado es automático.
- Monitores multiparámetros de constantes vitales que miden los dos tipos de presión arterial y la frecuencia cardíaca.

Normas a seguir por los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería para la toma de la presión arterial con tensiómetro no electrónico de forma efectiva:

- El tensiómetro debe estar perfectamente (a cero antes del comienzo de la medida de la tensión arterial).
- El manguito de presión se debe colocar 2 o 3 cm arriba de la flexión del codo del brazo izquierdo.
- Colocación del paciente: sentado, espalda recta y brazo izquierdo apoyado (asegurándose que la ropa que tiene puesta no le oprima) o bien si no puede permanecer sentado en posición de decúbito supino.
- Respetar que al menos el paciente esté en reposo 5 minutos antes de llevar a cabo la medición de la presión arterial .Como así mismo se haya pasado una hora desde que haya comido, tomado café, hay realizado algún tipo de ejercicio físico o en caso de ser fumador se haya fumado un cigarro (Datos que se deben preguntar al paciente previamente antes de realizar la medición)

Procedimiento o protocolo a seguir por el técnico en cuidados de auxiliar de enfermería para la medida de la presión arterial:

Se inicia preparando los recursos materiales: guantes, tensiómetro, hoja de registro y bolígrafo. Una vez preparado continúa con el correspondiente lavado de manos y puesta de guantes no estériles. Presentarnos al paciente y decirle que le vamos a tomar la tensión (hacerle las preguntas referentes a cuando ha comido, si ha tomado café, se ha tomado la medicación de la tensión etc.), descubrirle el brazo (asegurándose que la ropa no le presiona) poner el manguito alrededor del brazo (2 o 3 cm por arriba del pliegue del codo), aplicar aire hasta llegar a la máxima presión del manguito y dejar salir el aire lentamente hasta que se obtengan los resultados. Anotar los datos obtenidos. Retirar tensiómetro, recoger

material, despedirse del paciente, desinfectar tensiómetro, quitarse guantes y el correspondiente lavado de manos. Traspasar los datos de la hoja de registro de tensión arterial a la historia de enfermería digitalizada del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidado de auxiliar de enfermería no está considerado personal sanitario pero sin embargo realiza actuaciones sobre el paciente que le obligan a tener conocimientos sanitarios como que es la presión arterial, los valores considerados normales o anormales en las mediciones para que esto le permita que en el registro de los valores obtenidos pueda utilizar la terminología adecuada (como son hipertensión o hipotensión) y es obligación conocer todas y cada una de las normas básicas que de tener en cuenta antes de realizar dicha medición (Por ejemplo, si se toma la tensión a un paciente fumador que acaba de fumarse un cigarro puede dar origen a una falsa hipertensión arterial).

6 Bibliografía

<https://revistas-portalesmedicos.com>

<https://apuntesauxiliarenfermeria.com>

<https://www.auxiliar-enfermeria.com>

Técnicas básicas de enfermería. Smartbook. <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/enfermedades-vasculares-y-del-corazon/hipertension-arterial/2015/08/07/tension-arterial-necesitas-88696.html>

Capítulo 214

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): HIPOXEMIA E HIPOXIA. OXIGENOTERAPIA Y PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

JUDIT ESCUDERO RAMOS

GEMA COELLO

ROCIO CORAL COLLADO GUTIERREZ

YOLANDA ROMERO DIAZ

MARIA ELENA DE LA TORRE OSSORIO

1 Introducción

Pero, ¿Qué es la oxigenoterapia u oxígeno supletorio?

El sustantivo femenino oxigenoterapia es una palabra compuesta formada por la unión de oxígeno y terapia, de acuerdo a esto se podría decir que la oxigenoterapia consiste en la acción terapéutica de emplear el oxígeno a altos volúmenes en pacientes con un bajo nivel de oxígeno en sangre o hipoxemia (menos del 90%) técnica más o menos de reciente creación, ya que se viene realizando desde los años 60. Aunque en la actualidad la oxigenoterapia se utiliza también para otros fines (como es el ejemplo de su uso en centros de estética para la eliminación de arrugas) nosotros nos vamos a referir en todo momento a su primera finalidad.

La hipoxemia no tratada puede dar origen a una hipoxia o déficit en sangre, células y tejidos,

Los dos tipos de oxigenoterapia más utilizados son:

- La oxigenoterapia normobárica empleada cuando el oxígeno debe ser administrado al paciente a diferentes concentraciones y se emplea para su administración principalmente las gafas nasales o las mascarillas.
- La oxigenoterapia hiperbárica este tipo de oxigenoterapia requiere que el paciente esté dentro de cámara hiperbárica para poder administrar una concentración de oxígeno del cien por cien a través de mascarilla.

2 Objetivos

- Desarrollar las pautas a seguir por los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería para poner oxigenoterapia con mascarilla al paciente encamado.

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 cuidado de auxiliar de enfermería, oxigenoterapia, hipoxemia, hipoxia, oxigenoterapia normobárica, oxigenoterapia hiperbárica y pautas a seguir por los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería para poner oxigenoterapia con mascarilla al paciente encamado.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: funciones de los técnicos en cuidado de auxiliar de enfermería, oxigenoterapia, hipoxemia, hipoxia, oxigenoterapia normobárica, oxigenoterapia hiperbárica y pautas a seguir por los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería para poner oxigenoterapia con mascarilla al paciente encamado, artículos en castellano que como máximo tuvieran 5 años de antigüedad.

4 Resultados

Pautas a seguir por los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería para poner oxigenoterapia con mascarilla al paciente encamado:

- Preparar todo el material necesario (este dependerá de las indicaciones médicas descritas en la prescripción, las que hay que respetar) suponiendo que la aplicación es con mascarilla: guantes desechables, mascarilla, alargadera para mascarilla, gasas y toma de oxígeno.
- Lavado higiénico de manos.
- Puesta de guantes no estériles.
- Coger el material e ir al habitáculo del paciente, presentarse y explicarle que vamos para ponerle el oxígeno.
- Pedir al paciente que se coloque en posición de Fowler (paciente boca arriba y el cabecero de la cama con elevación comprendida entre los 15 y los noventa grados), ofendiéndole toda la ayuda que sea necesaria para adquirir dicha postura.
- Comprobar el correcto funcionamiento de la toma central de oxígeno.
- Unir mascarilla a la alargadera y está a la toma central de oxígeno, una vez preparado adaptar la mascarilla al paciente. Esta debe cubrir tanto la boca como la nariz .
- Después del acople, proceder a la selección del flujo indicado e iniciar el tratamiento.
- Durante el tratamiento observar cualquier incidencia que pueda acaecer y dar la voz de alarma al DUE o al facultativo responsable del paciente.
- Una vez terminado el proceso, desconectar mascarilla de la toma de oxígeno, acomodar al paciente, desinfectar mascarilla para dejarla preparada para la próxima administración de oxígeno (etiquetarla para que no haya confusiones de pertenencia) con productos no inflamatorios.
- Proceder a la quita de guantes, desecharlos e iniciar el correspondiente lavado de manos.
- Registrar en la historia digital del paciente hora de administración de la oxigenoterapia, caudal y tiempo que ha durado, como así mismo cualquier sintomatología que haya surgido durante el proceso.

5 Discusión-Conclusión

Es crucial para el técnico en cuidados de auxiliar de enfermería conocer las pautas a seguir por los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería para poner oxigenoterapia con mascarilla al paciente encamado, imaginemos por un momento un TCAE que solo mira el caudal de la prescripción y no se para a mirar si es con gafas nasales o mascarilla a un paciente con una obstrucción total en una fosa nasal (razón por la que el médico especifica con mascarilla) le pone gafas nasales

y el paciente durante el tratamiento recibe la mitad del oxígeno pautado, ya que no puede absorberlo nada más que por una de las fosas nasales.

6 Bibliografía

Wikipedia. <https://revistas-portalesmedicos.com>

<https://apuntesauxiliarenfermeria.com>

<https://www.auxiliar-enfermeria.com>

Técnicas básicas de enfermería.

Smartbook.

<https://www.revistadepatologiarrespiratoria.org->

Capítulo 215

LOS CUIDADOS POR PARTE DE UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE CIRUGIA VASCULAR POR ARTERIOPATÍA

MARÍA JOSÉ ALFARO SÁNCHEZ

LORENA GONZÁLEZ TERCERO

LOURDES REDONDO SANTAMARÍA

MARIA JOSEFA JAEN GARCIA

MARIA CORTES CARREÑO LOSA

1 Introducción

El estudio, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de los sistemas venoso, arterial y linfático son el foco de la especialidad quirúrgica de cirugía vascular, la cual está relacionada con la angiología.

Entre las enfermedades que pueden requerir cirugía vascular se encuentran:

- Venas varicosas: se desarrollan cuando las válvulas de las venas no cierran correctamente, lo que hace que se agranden y obstruyan el flujo de sangre que regresa al corazón.
- Arteriosclerosis: esta afección se refiere al estrechamiento de las paredes interiores de las arterias como resultado de la acumulación de seroma (grasa).
- Flebitis: esta afección provoca que se formen trombos en las venas de las extremidades inferiores.
- Linfedema: Edema que se desarrolla en las extremidades superiores o inferiores como consecuencia de la obstrucción de los conductos linfáticos.
- Úlceras en las piernas: se desarrollan cuando hay un flujo sanguíneo inadecuado hacia las venas, lo que hace que la sangre se acumule y se filtre hacia la piel. En pacientes con diabetes mellitus mal controlada, el pie diabético se refiere a una úlcera del pie. Al menos el 20 por ciento de los diabéticos pueden experimentarlo. El estrechamiento vascular provocado por la arteriosclerosis se conoce como arteriopatía. Ocurre cuando las placas de seroma (grasa) se acumulan en las paredes de los vasos sanguíneos, estrechando o incluso obstruyendo las arterias por completo. Todo esto puede provocar una disminución o interrupción del flujo sanguíneo, generalmente hacia las piernas. Si la obstrucción es grave, puede provocar la muerte del tejido y requerir la amputación del pie o la pierna.

2 Objetivos

El objetivo es explicar el papel que desempeña el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el cuidado diario de un paciente ingresado en la unidad de cirugía vascular a consecuencia de una arteriopatía.

3 Metodología

Para poder desarrollar este trabajo, me he basado en artículos de internet, así como en revistas científicas sanitarias y de investigación.

También he realizado una revisión bibliográfica en bases de datos científicas como: Medline, Scielo y Pubmed Académico.

He empleado palabras clave como: TCAE, arteriopatía, cirugía vascular.

4 Resultados

Un paciente que ha sido admitido en una unidad de cirugía vascular por arteriopatía puede tener las siguientes tareas Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería como parte de su plan de atención diaria:

1. Realizar la higiene diaria del paciente prestando mucha atención a los pies y extremidades inferiores ante cualquier indicio de lesión o infección.
2. Ayudar en la movilización del paciente, asegurándose de seguir las instrucciones del personal médico y abstenerse de aplicar demasiada fuerza en las extremidades afectadas por la arteriopatía.
3. Trabajar en conjunto para administrar el medicamento que ha sido recetado por el médico, asegurándose de cumplir con los procedimientos establecidos y registrar las dosis correctamente.
4. Siga las indicaciones del personal médico y mantenga una asepsia suficiente al tratar heridas y úlceras en las extremidades inferiores.
5. Llevar un registro de los signos vitales del paciente, documentarlos en su historial médico y alertar al personal médico si nota alguna anomalía.
6. Informar al paciente y a su familia sobre el valor de un cuidado e higiene adecuados de los pies, así como de los síntomas a los que debe prestar atención para identificar posibles complicaciones.
7. Participar en la creación y revisión del plan de atención del paciente ayudando a determinar las necesidades del paciente y evaluando los resultados.
8. Unir esfuerzos para realizar procedimientos de diagnóstico, como la recolección de muestras de sangre o la realización de pruebas de imagen, respetando las instrucciones del personal y manteniendo estándares de seguridad y asepsia.
9. Cualquier incidente o complicación que afecte al paciente deberá comunicarse inmediatamente al personal médico para que se tomen las medidas oportunas.
10. Para garantizar una atención integral y coordinada, mantener abiertas las líneas de comunicación con el resto de miembros del equipo de enfermería, así como con otros profesionales sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería juega un papel crucial en la prestación de asistencia sanitaria porque es el encargado de ofrecer a los pacientes una atención integral y ayudar a los profesionales sanitarios en el avance de su trabajo diario. Empatía, responsabilidad, comunicación efectiva y capacitación continua son solo algunos de los rasgos personales y profesionales

que debe poseer un TCAE para brindar a los pacientes un nivel de atención humano y de alta calidad. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería juega un papel crucial en la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de enfermedades. La educación sanitaria también es un componente crucial de la atención sanitaria. Para poder llevar a cabo esta tarea con éxito se requiere formación y educación continua en temas relacionados con la salud.

6 Bibliografía

- www.medlineplus.gov
- www.scielo.org

Capítulo 216

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU PAPEL EN EL MONITOREO DE LA DIURESIS DEL PACIENTE

MARÍA JOSÉ ALFARO SÁNCHEZ

LORENA GONZÁLEZ TERCERO

LOURDES REDONDO SANTAMARÍA

MARIA JOSEFA JAEN GARCIA

MARIA CORTES CARREÑO LOSA

1 Introducción

La necesidad de especialización de los profesionales de enfermería siempre ha estado presente en la industria sanitaria. En esta situación, el papel del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) se ha vuelto crucial, especialmente cuando se trata de responsabilidades como llevar un control de la diuresis del paciente. Dado el importante impacto que esta cuestión tiene en el bienestar del paciente y la eficacia general de los tratamientos médicos, merece un examen en profundidad.

La monitorización de la producción de orina es una parte vital de la atención al paciente, especialmente en entornos de cuidados críticos. Los cambios en la

producción de orina con frecuencia pueden ser un signo de una serie de afecciones médicas graves, como enfermedad renal, insuficiencia cardíaca o sepsis. Para diagnosticar y tratar adecuadamente estos trastornos, puede ser esencial un control preciso y oportuno de la producción de orina.

En este proceso, el TCAE juega un papel crucial. Estos profesionales cuentan con las habilidades y conocimientos necesarios para controlar con precisión la diuresis gracias a su formación especializada. Deben conocer los procedimientos de medición adecuados, los posibles problemas que podrían surgir durante el procedimiento y los efectos de las variaciones en la producción de orina.

Además, los TCAE se encuentran en la posición excepcional de ofrecer a los pacientes atención continua de primera línea. Con frecuencia son los primeros en notar cualquier cambio significativo en la producción de orina, lo que puede ser crucial para una intervención temprana y un tratamiento eficaz.

En muchos casos, los TCAE también se encargan de educar a los pacientes y sus familias sobre el valor de controlar la producción de orina y cómo puede afectar su salud general. Esta función educativa puede beneficiar enormemente la mejora de la gestión y la concienciación sobre la salud del paciente.

No se puede subestimar la importancia vital del papel de los TCAE en el manejo de la diuresis del paciente y su impacto directo en el estándar de atención del paciente. El papel de los TCAE cambiará a medida que lo haga el campo médico, enfatizando aún más el valor de su educación y especialización en campos vitales como el control de la producción de orina.

2 Objetivos

- Destacar el papel esencial del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el cuidado de los pacientes y la optimización de su bienestar.

3 Metodología

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

4 Resultados

El Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), que asume una amplia gama de responsabilidades y aplica a su trabajo conocimientos profundos y especializados, es fundamental para la asistencia sanitaria y la hospitalización.

En primer lugar, se debe tener en cuenta la colocación y preparación de la cama del paciente. Al crear un entorno seguro y cómodo para los pacientes, los TCAE son expertos en tener en cuenta sus necesidades individuales, nivel de movilidad y estado de salud. Además de conocer la posición adecuada del paciente y las formas de evitar las úlceras por presión, deben conocer las normas de higiene y limpieza.

La ayuda con la higiene personal del paciente es un componente crucial del papel de un TCAE. Esto implica ayudar al paciente con el aseo, el cuidado bucal y la limpieza después de orinar. Aquí, los TCAE deben conocer las leyes que rigen la confidencialidad, la decencia y el consentimiento para asegurarse de que el paciente sea tratado con respeto y comodidad durante todo el procedimiento.

Otra tarea crucial es vigilar los signos vitales. Los TCAE deben poder registrar la temperatura, la presión arterial, la frecuencia respiratoria y la frecuencia cardíaca. También deben poder interpretar los cambios en estos signos y tomar las medidas adecuadas. Además, deben poder comunicar de forma eficaz y clara esta información al equipo médico.

El manejo de la nutrición e hidratación del paciente también depende en gran medida de los TCAE. Son responsables de garantizar una ingesta suficiente de líquidos, ayudar con la alimentación si es necesario y preparar y proporcionar comidas. Deben ser conscientes de lo crucial que es la nutrición para la recuperación de un paciente y ser capaces de detectar y reaccionar ante cualquier signo de desnutrición o deshidratación.

Ayudar al paciente a moverse es otro aspecto crucial de su trabajo. Para proteger a los pacientes de daños y garantizar su comodidad, el TCAE debe poder mover y posicionar a los pacientes de forma segura. Esto requiere una comprensión profunda de la anatomía humana, así como de los principios biomecánicos y ergonómicos.

Además, los TCAE desempeñan un papel crucial en la recogida de muestras para pruebas de diagnóstico. Para ello, se pueden tomar muestras de sangre, esputo, orina y/o heces. Los TCAE deben comprender a fondo los procedimientos para la recolección de muestras, incluidas las normas de higiene y seguridad, así como la forma de manipular y almacenar las muestras.

La importancia de los TCAE en la hospitalización y la asistencia sanitaria es in-

negable, en general. Los TCAE son un miembro esencial del equipo de atención médica porque brindan a los pacientes atención de alta calidad y ayudan en su recuperación y bienestar general. Para garantizar que los pacientes reciban la mejor atención posible, su función requiere una variedad de habilidades y conocimientos.

5 Discusión-Conclusión

Un trabajador clave en el sistema sanitario es el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE). Este experto es crucial en el manejo diario de los pacientes, desde la atención básica hasta el seguimiento de los signos vitales, la movilización de los pacientes y la recolección de muestras para pruebas de diagnóstico. La variedad de sus responsabilidades resalta la profundidad de la experiencia y la variedad de habilidades necesarias para este trabajo, subrayando el valor de la capacitación continua y el conocimiento especializado.

Los TCAE mejoran significativamente la eficacia de los procedimientos sanitarios y la calidad de vida del paciente. Tienen la capacidad de mejorar los resultados de los pacientes y aumentar la eficacia de todo el sistema de salud a través de su compromiso y dedicación.

Es crucial que se reconozca la importancia de estos profesionales para el sistema de salud y que reciban capacitación continua para mantenerse al día con las técnicas y desarrollos más recientes en su área de especialización. El bienestar del paciente y el eficaz funcionamiento del sistema sanitario están, en última instancia, garantizados por el compromiso y la dedicación de los TCAE.

6 Bibliografía

1. Amezcua M, Gálvez Toro A. Los cuidados auxiliares de enfermería: una perspectiva desde la práctica. *Index Enferm.* 2004;13(46):11-15.
2. González JA. Las funciones del auxiliar de enfermería en un hospital. *Enferm Clin.* 2010;20(4):215-218.

Capítulo 217

RELACIÓN DE FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DEL SUEÑO HOSPITALARIA

CLAUDIA REDONDO JIMÉNEZ

EUGENIA PARDO DE LA CUADRA

LUCIA SANTOS ESCALONILLA

LUCÍA ELEZ MOLERO DE AVILA

TERESA SANCHEZ-DIEZMA

1 Introducción

La unidad del sueño hospitalaria, también conocida como laboratorio de sueño, es un entorno médico especializado diseñado para evaluar y diagnosticar trastornos del sueño. Su principal objetivo es proporcionar un espacio controlado donde los pacientes puedan ser monitoreados durante la noche para detectar problemas relacionados con el sueño. Estas unidades son parte integral de la medicina del sueño y juegan un papel fundamental en el diagnóstico y tratamiento de condiciones como la apnea del sueño, el síndrome de piernas inquietas, el insomnio y otros trastornos relacionados con el sueño.

En una unidad de sueño hospitalaria, los pacientes son sometidos a un registro polisomnográfico, que implica la monitorización continua de diversas variables mientras duermen, como la actividad cerebral (electroencefalograma), el movimiento ocular (electrooculograma), la actividad muscular, la frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno en la sangre. Estos datos proporcionan información detallada sobre los patrones de sueño y los episodios anormales que pueden estar afectando la calidad del sueño.

Los médicos especializados en medicina del sueño, junto con tecnólogos del sueño, analizan los resultados de los estudios nocturnos para llegar a un diagnóstico preciso y desarrollar un plan de tratamiento personalizado para cada paciente. Esto puede incluir terapias como la terapia de presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP) para la apnea del sueño o terapias cognitivo-conductuales para el insomnio.

La unidad del sueño hospitalaria es un componente esencial de la atención médica dedicada a abordar los trastornos del sueño, proporcionando diagnósticos precisos y opciones de tratamiento efectivas para mejorar la calidad de vida de los pacientes que sufren problemas relacionados con el sueño.

2 Objetivos

El objetivo que tenemos principalmente es mostrar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en sus distintas tareas en la unidad del sueño hospitalaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

El TCAE desempeña un papel esencial en la unidad del sueño hospitalaria, contribuyendo significativamente al proceso de evaluación y diagnóstico de los

trastornos del sueño. A continuación, se detallan sus funciones clave en este entorno:

Preparación del paciente: Los TCAEs son responsables de recibir a los pacientes en la unidad del sueño y explicar el procedimiento que se llevará a cabo. Esto incluye proporcionar información sobre la colocación de sensores y electrodos, así como garantizar que el paciente se sienta cómodo y relajado.

Colocación de sensores: Un aspecto fundamental es la colocación de sensores y electrodos en el paciente. Esto puede incluir la fijación de electrodos en el cuero cabelludo para el registro del electroencefalograma (EEG), colocación de electrodos en la piel para medir la actividad muscular y posiblemente aplicar sensores de oximetría para medir la saturación de oxígeno en la sangre. Los TCAEs deben asegurarse de que todos estos dispositivos estén correctamente colocados y funcionando.

Monitorización continua: Durante la noche, los TCAEs supervisan de cerca a los pacientes a través de cámaras de video y monitores para registrar datos importantes, como la actividad cerebral, el ritmo cardíaco, el movimiento ocular y la saturación de oxígeno. Están preparados para intervenir en caso de problemas técnicos o necesidades del paciente.

Registro de datos: Es esencial que los TCAEs registren de manera precisa y detallada los datos recopilados durante la noche. Esto incluye anotar la duración y la calidad del sueño, los eventos anormales (como apneas) y cualquier otra observación relevante.

Asistencia al paciente: Los TCAEs deben estar disponibles para atender las necesidades de los pacientes durante la noche. Esto puede incluir ajustar sensores si se desprenden, proporcionar asistencia con la movilidad, y brindar apoyo emocional si los pacientes se sienten ansiosos o incómodos.

Mantenimiento del equipo: Los TCAEs son responsables de mantener y esterilizar el equipo utilizado en la unidad del sueño para garantizar su correcto funcionamiento y la higiene adecuada. Esto incluye la limpieza y preparación de electrodos y sensores para su reutilización.

Colaboración con el equipo médico: Los TCAEs trabajan en estrecha colaboración con el equipo médico y los especialistas en medicina del sueño para comunicar cualquier problema o hallazgo relevante durante el estudio nocturno. Esto permite a los médicos tomar decisiones informadas sobre el diagnóstico y

el tratamiento.

Los TCAEs desempeñan un papel fundamental en la unidad del sueño hospitalaria al asegurarse de que los estudios de sueño se realicen de manera efectiva y brindar apoyo tanto técnico como emocional a los pacientes. Su trabajo contribuye significativamente a la detección y el tratamiento de trastornos del sueño, mejorando la calidad de vida de quienes padecen estos problemas.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación crucial para los TCAEs en la unidad del sueño hospitalaria es mantener una comunicación efectiva y empática con los pacientes. Dado que los estudios de sueño suelen llevarse a cabo durante la noche y pueden generar ansiedad o incomodidad en los pacientes, es esencial crear un ambiente de apoyo. Explicar con paciencia el procedimiento, responder a las preguntas y brindar un trato amable puede marcar una gran diferencia en la experiencia del paciente.

Además, la precisión y el cuidado en la colocación de sensores y la monitorización constante son clave. Los TCAEs deben asegurarse de que todos los equipos estén funcionando correctamente para obtener datos fiables. También es importante estar alerta y responder rápidamente a cualquier problema técnico o necesidad del paciente durante la noche.

La recomendación principal es mantener una comunicación compasiva, garantizar la precisión técnica y brindar un apoyo integral a los pacientes en la unidad del sueño, lo que contribuirá a la efectividad del estudio y al bienestar de quienes se someten a él.

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 218

RELACIÓN DE FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA HOSPITALARIA

CLAUDIA REDONDO JIMÉNEZ

EUGENIA PARDO DE LA CUADRA

LUCIA SANTOS ESCALONILLA

LUCÍA ELEZ MOLERO DE AVILA

TERESA SANCHEZ-DIEZMA

1 Introducción

La consulta de cardiología es un componente esencial de la atención médica que se especializa en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de trastornos y enfermedades relacionadas con el sistema cardiovascular. El sistema cardiovascular comprende el corazón y los vasos sanguíneos, incluyendo arterias y venas, y su función es vital para la circulación de la sangre y el suministro de oxígeno y nutrientes a todo el cuerpo.

En una consulta de cardiología, los pacientes consultan a médicos especializados llamados cardiólogos. Estos profesionales tienen una formación extensa en

el diagnóstico y manejo de condiciones como la enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, arritmias, hipertensión arterial, valvulopatías y muchas otras enfermedades cardiovasculares.

El proceso en la consulta de cardiología implica una evaluación minuciosa que incluye la revisión de antecedentes médicos, la realización de exámenes físicos, la interpretación de estudios de diagnóstico como electrocardiogramas, ecocardiogramas, pruebas de esfuerzo y análisis de laboratorio para identificar problemas cardíacos.

Una vez que se realiza el diagnóstico, el cardiólogo desarrolla un plan de tratamiento personalizado que puede incluir cambios en el estilo de vida, medicamentos, procedimientos invasivos como cateterismo cardíaco o cirugía de corazón abierto. El seguimiento a largo plazo es común para garantizar la efectividad del tratamiento y la salud cardíaca continua del paciente.

La consulta de cardiología es fundamental para la detección temprana y el tratamiento de afecciones cardiovasculares. Los cardiólogos desempeñan un papel crucial en la promoción de la salud del corazón y la prevención de enfermedades cardíacas, así como en la gestión de enfermedades cardíacas existentes para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la consulta de cardiología 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

Los TCAEs desempeñan un papel esencial en la consulta de cardiología al brindar apoyo integral tanto a los pacientes como al equipo médico. A continuación, se describen sus funciones clave en este entorno:

Preparación de pacientes: Los TCAEs reciben a los pacientes en la consulta de cardiología, registrando su información personal y médica, y asegurando que estén cómodos y tranquilos antes de su consulta con el cardiólogo. Esto incluye la medición de signos vitales, como la presión arterial y el pulso.

Asistencia en pruebas diagnósticas: Los TCAEs pueden ayudar en la realización de pruebas de diagnóstico, como la obtención de electrocardiogramas (ECG) y realizar procedimientos de monitoreo ambulatorio de la presión arterial (MAPA). Deben estar capacitados para configurar y operar equipos de manera precisa.

Educación del paciente: Los TCAEs desempeñan un papel fundamental al proporcionar información sobre la dieta, el ejercicio y la medicación a los pacientes con enfermedades cardiovasculares. Explican las indicaciones médicas y ayudan a aclarar las dudas de los pacientes sobre su tratamiento y cuidado personal.

Asistencia en procedimientos: En casos de procedimientos invasivos o intervenciones como cateterismos cardíacos, los TCAEs pueden preparar al paciente y el equipo necesario, asegurándose de que todo esté esterilizado y en orden.

Registro de datos: Llevan registros precisos de la información médica y las observaciones de los pacientes, lo que es crucial para el historial clínico y el seguimiento de la evolución de la enfermedad.

Apoyo emocional: Muchos pacientes en consulta de cardiología pueden experimentar ansiedad o temor debido a la naturaleza de las enfermedades cardíacas. Los TCAEs deben ser compasivos y brindar apoyo emocional, tranquilizando a los pacientes y proporcionando un ambiente de confianza.

Mantenimiento del equipo: Es responsabilidad de los TCAEs asegurarse de que el equipo médico esté en óptimas condiciones de funcionamiento y que se cumplan los estándares de esterilización y desinfección.

Coordinación: Los TCAEs colaboran con el equipo médico y otros profesionales de la salud para garantizar que los pacientes reciban la atención adecuada y oportuna.

En la consulta de cardiología, los TCAEs son esenciales para el cuidado integral de los pacientes y el funcionamiento eficiente de la clínica. Su trabajo contribuye significativamente a la atención de calidad, el diagnóstico preciso y el bienestar de los pacientes con enfermedades cardiovasculares.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación clave para los TCAEs en la consulta de cardiología es mantener la empatía y la paciencia en todo momento. Los pacientes que visitan la consulta de cardiología a menudo están preocupados por su salud cardiovascular y pueden experimentar ansiedad. Es fundamental escuchar sus preocupaciones, responder a sus preguntas y brindar apoyo emocional.

Además, es importante enfocarse en la precisión y la atención a los detalles al realizar tareas como la toma de signos vitales, la preparación de equipos y la documentación de información médica. La exactitud es esencial para garantizar un diagnóstico preciso y un tratamiento efectivo.

La colaboración con el equipo médico y la comunicación eficaz también son esenciales. Trabajar en conjunto para proporcionar una atención integral y coordinada mejora la calidad de la atención al paciente.

La recomendación principal es mantener la empatía, la precisión y la comunicación efectiva en la consulta de cardiología, lo que contribuirá al bienestar de los pacientes y al éxito del equipo de atención médica.

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 219

RELACIÓN DE FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE ALERGOLOGÍA

CLAUDIA REDONDO JIMÉNEZ

EUGENIA PARDO DE LA CUADRA

LUCIA SANTOS ESCALONILLA

LUCÍA ELEZ MOLERO DE AVILA

TERESA SANCHEZ-DIEZMA

1 Introducción

La consulta de alergología es un campo médico especializado que se centra en el diagnóstico, tratamiento y manejo de las alergias y trastornos relacionados. Las alergias son respuestas inmunológicas anormales del cuerpo a sustancias generalmente inofensivas, como polen, alimentos, ácaros del polvo o venenos de insectos. La consulta de alergología se dedica a identificar las causas subyacentes de las reacciones alérgicas y a desarrollar estrategias para aliviar los síntomas y prevenir futuras exposiciones.

En la consulta de alergología, los pacientes consultan a un médico especializado llamado alergólogo. Este profesional realiza una evaluación detallada de los sín-

tomas y antecedentes médicos del paciente, y luego puede realizar pruebas alérgicas, como pruebas cutáneas o análisis de sangre, para determinar las sustancias que desencadenan las alergias.

Una vez que se identifican los alérgenos específicos, el alergólogo trabaja en estrecha colaboración con el paciente para desarrollar un plan de tratamiento personalizado. Esto puede incluir el uso de antihistamínicos, corticosteroides, inmunoterapia (vacunas contra las alergias) o recomendaciones para evitar la exposición a los alérgenos desencadenantes.

La consulta de alergología también aborda afecciones relacionadas con alergias, como el asma alérgico, la dermatitis atópica y las reacciones adversas a medicamentos. Los alergólogos tienen una comprensión profunda de la inmunología y trabajan en conjunto con otros especialistas médicos cuando sea necesario para brindar atención integral a los pacientes.

La consulta de alergología se dedica al diagnóstico y tratamiento de las alergias y trastornos alérgicos, mejorando la calidad de vida de los pacientes al proporcionar alivio de los síntomas y estrategias para evitar exposiciones futuras a alérgenos desencadenantes. Este campo es esencial para abordar una amplia gama de afecciones alérgicas y contribuye a la salud y el bienestar de quienes las padecen.

2 Objetivos

El objetivo que tenemos principalmente es mostrar las funciones que tiene el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las distintas tareas e intervenciones que son de su competencia en las consultas externas.

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

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAEs) desempeñan un papel fundamental en la consulta de alergología al brindar apoyo esencial tanto a los pacientes como al equipo médico. A continuación, se describen sus funciones clave en este entorno:

Preparación de pacientes: Los TCAE reciben a los pacientes en la consulta de alergología, recopilan información sobre sus antecedentes médicos y alergias conocidas, y los tranquilizan para reducir la ansiedad. Esta recepción inicial es crucial para establecer un ambiente de confianza.

Asistencia en pruebas diagnósticas: Los TCAE pueden colaborar en la realización de pruebas alérgicas, como pruebas cutáneas o análisis de sangre para detectar alérgenos específicos. Deben preparar el equipo y ayudar en la administración de estas pruebas, garantizando la comodidad y la seguridad del paciente.

Registro de información: Mantienen registros precisos de las pruebas realizadas, los resultados y cualquier observación relevante. Estos registros son esenciales para el historial médico del paciente y el seguimiento de su progreso.

Educación al paciente: Los TCAE explican las indicaciones médicas y las medidas preventivas a los pacientes alérgicos. Proporcionan información sobre cómo evitar la exposición a alérgenos desencadenantes y cómo administrar medicamentos recetados.

Manejo de emergencias: En situaciones de emergencia, como reacciones alérgicas graves (anafilaxia), los TCAE deben estar preparados para proporcionar primeros auxilios y asistir al equipo médico en la administración de tratamientos de urgencia, como epinefrina.

Mantenimiento de equipos: Aseguran que el equipo médico utilizado en la consulta de alergología esté en óptimas condiciones de funcionamiento y listo para su uso. Esto incluye la esterilización y el cuidado adecuado de instrumentos y suministros.

Coordinación: Los TCAE trabajan en estrecha colaboración con el alergólogo y otros profesionales de la salud para garantizar que los pacientes reciban atención integral y se sigan los planes de tratamiento recomendados.

Apoyo emocional: Como en otros entornos médicos, los pacientes pueden sentir

ansiedad o temor relacionado con sus alergias. Los TCAE deben mostrar empatía, ofrecer apoyo emocional y responder a las preocupaciones de los pacientes.

En la consulta de alergología, los TCAE desempeñan un papel esencial al ayudar a los pacientes a comprender y manejar sus alergias, garantizando la seguridad durante las pruebas diagnósticas y proporcionando un apoyo valioso tanto a los pacientes como al equipo médico. Su contribución es fundamental para el bienestar de los pacientes alérgicos y para el funcionamiento eficiente de la clínica de alergología.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación fundamental para los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la consulta de alergología es mantener una comunicación efectiva y empática con los pacientes alérgicos. Los pacientes que visitan esta consulta a menudo pueden estar ansiosos debido a sus alergias y las pruebas diagnósticas. Escuchar sus preocupaciones, explicar los procedimientos con claridad y brindar apoyo emocional contribuye significativamente a su comodidad y confianza.

Además, se debe prestar una atención especial a la precisión en la realización de pruebas alérgicas y en el registro de datos. Cualquier error podría afectar la identificación de alérgenos y el plan de tratamiento del paciente.

La coordinación eficaz con el equipo médico y la disposición para ayudar en situaciones de emergencia alérgica son también esenciales. La seguridad y el bienestar de los pacientes son la máxima prioridad.

La recomendación principal es mantener una comunicación compasiva, precisión en las pruebas alérgicas y disposición para colaborar en la atención de pacientes alérgicos, lo que asegurará una atención efectiva y el confort de los pacientes en la consulta de alergología.

6 Bibliografía

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 220

ASPIRACIÓN GÁSTRICA EN URGENCIAS: ESTRATEGIAS Y CONSIDERACIONES CLÍNICAS

SUSANA LEGASPI NOVO

MARINA PONS VIGON

1 Introducción

El lavado gástrico, como procedimiento médico, ha ocupado un lugar destacado en la atención médica de urgencias y emergencias a lo largo de la historia de la medicina. Desde sus primeros intentos documentados hasta las técnicas modernas y las pautas clínicas actuales, el lavado gástrico ha demostrado ser una herramienta invaluable en la atención de pacientes en situaciones críticas.

Históricamente, los primeros registros de lavado gástrico datan del siglo XIX, cuando se utilizaban métodos rudimentarios como la ingestión forzada de agua salina o la administración de eméticos para inducir el vómito. Con el tiempo, esta técnica evolucionó hacia métodos más controlados y seguros, como la introducción de sondas nasogástricas y la administración de soluciones específicas para el lavado.

El propósito fundamental del lavado gástrico en urgencias y emergencias es la eliminación de sustancias nocivas del tracto gastrointestinal del paciente. Esta intervención se considera esencial en casos de intoxicaciones agudas, ingestión de sustancias tóxicas o corrosivas, así como en la remoción de cuerpos extraños que puedan obstruir el paso normal de alimentos y líquidos. Su éxito radica en la

capacidad de eliminar rápidamente la sustancia tóxica o el cuerpo extraño antes de que puedan causar daño significativo.

El lavado gástrico se ha utilizado con éxito en una amplia variedad de situaciones, desde la ingestión accidental de productos químicos domésticos hasta casos más complejos de intoxicación por medicamentos. Además, ha sido una herramienta valiosa en el tratamiento de pacientes que han intentado la autolesión mediante la ingestión de sustancias tóxicas, proporcionando una vía efectiva para eliminar la amenaza potencial para la vida.

A lo largo de los años, las técnicas y equipos utilizados en el lavado gástrico han evolucionado significativamente, lo que ha mejorado su seguridad y eficacia. La introducción de sondas nasogástricas más avanzadas y la selección de soluciones adecuadas para el lavado son ejemplos de avances que han contribuido a la optimización de esta técnica.

El objetivo principal de esta revisión exhaustiva es proporcionar una visión integral y actualizada del lavado gástrico en situaciones de urgencia y emergencia médica. Abordaremos su relevancia histórica y evolución, así como una evaluación detallada de las indicaciones, contraindicaciones y técnicas asociadas con esta intervención. Además, exploraremos su papel crucial en el tratamiento de pacientes expuestos a sustancias tóxicas y revisaremos las últimas tendencias y desarrollos en su aplicación clínica. En última instancia, este artículo busca ofrecer un recurso completo y de referencia para profesionales de la salud que trabajan en el ámbito de las urgencias y emergencias médicas, con el objetivo de mejorar la comprensión y el uso eficaz de la técnica del lavado gástrico.

2 Objetivos

Analizar las indicaciones y la eficacia del lavado gástrico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 revisión exhaustiva de la literatura científica y clínica relacionada con el lavado gástrico en situaciones de urgencias y emergencias médicas reveló una serie de hallazgos significativos y tendencias en cuanto a la eficacia, la seguridad y las mejores prácticas asociadas con esta técnica vital. Los resultados se dividen en varias categorías clave:

*Eficacia del Lavado Gástrico:

Uno de los aspectos más destacados de los resultados es la eficacia del lavado gástrico en la eliminación de sustancias tóxicas o nocivas del tracto gastrointestinal. Se encontró que el lavado gástrico es altamente efectivo cuando se realiza dentro de un período de tiempo relativamente corto después de la ingestión de la sustancia tóxica. En casos de ingestión reciente, el lavado gástrico es capaz de eliminar una cantidad significativa de la sustancia antes de que se absorba en el torrente sanguíneo, lo que puede reducir considerablemente el daño potencial. Sin embargo, se observó que la efectividad del lavado gástrico disminuye a medida que pasa el tiempo desde la ingestión. En situaciones en las que ha transcurrido un período prolongado desde la exposición, el lavado gástrico puede tener un beneficio limitado, ya que la absorción de la sustancia tóxica ya ha ocurrido en gran medida. Esto subraya la importancia de la prontitud en la toma de decisiones clínicas relacionadas con el lavado gástrico.

*Indicaciones Específicas:

En cuanto a las indicaciones específicas para el lavado gástrico, los resultados destacan que esta técnica se utiliza en una variedad de situaciones clínicas. Las intoxicaciones agudas, especialmente cuando se ha ingerido una sustancia potencialmente letal o en dosis significativas, son indicaciones claras para el lavado gástrico. También se observó que el lavado gástrico es útil en casos de ingestión de sustancias corrosivas o cáusticas, donde la rápida eliminación de la sustancia puede prevenir daños graves en el tracto gastrointestinal.

Además, los resultados resaltan la importancia de evaluar cuidadosamente cada caso antes de decidir si el lavado gástrico es apropiado. Las contraindicaciones específicas, como la ingestión de sustancias que pueden causar lesiones adicionales durante el lavado, deben considerarse con detenimiento. La toma de decisiones clínicas informadas y la evaluación de riesgos y beneficios son cruciales en la aplicación del lavado gástrico.

*Seguridad y Consideraciones Éticas:

La revisión también abordó la seguridad y las consideraciones éticas relacionadas con el lavado gástrico. En general, se encontró que el lavado gástrico es una

técnica segura cuando se realiza por personal médico capacitado y siguiendo las pautas y protocolos adecuados. Sin embargo, es fundamental tener en cuenta que existen riesgos potenciales, como el riesgo de lesiones en la mucosa gástrica y la aspiración de contenido gástrico.

En cuanto a las consideraciones éticas, los resultados señalan la importancia de respetar los derechos y deseos del paciente cuando sea posible. En situaciones en las que un paciente puede haber ingerido una sustancia tóxica deliberadamente en un intento de autolesión, es crucial que se aborden las preocupaciones éticas y se busque la atención psiquiátrica adecuada.

***Técnicas y Equipos Utilizados:**

La revisión proporcionó información detallada sobre las diferentes técnicas y equipos utilizados en el lavado gástrico. Se destacaron avances en la tecnología médica que han mejorado la seguridad y la eficacia del procedimiento. La elección de sondas nasogástricas adecuadas, la selección de soluciones de lavado y la ejecución segura de la técnica son aspectos fundamentales para el éxito del lavado gástrico.

Relación con Otras Estrategias de Manejo:

Finalmente, los resultados subrayan la importancia de considerar el lavado gástrico como parte de una estrategia integral de manejo en situaciones de urgencias y emergencias médicas. El lavado gástrico puede ser complementario a otras estrategias, como la administración de carbón activado, terapia de apoyo y tratamientos específicos para la intoxicación. La elección de la estrategia adecuada debe basarse en la evaluación individual de cada caso y las circunstancias clínicas.

En conjunto, los resultados de esta revisión ofrecen una visión completa y actualizada de la eficacia, la seguridad y las consideraciones éticas asociadas con el lavado gástrico en urgencias y emergencias médicas. Estos resultados tienen importantes implicaciones para la práctica clínica y proporcionan información valiosa para profesionales de la salud que se enfrentan a situaciones de intoxicación y exposición a sustancias tóxicas en el ámbito de las urgencias médicas.

5 Discusión-Conclusión

La revisión exhaustiva de la literatura sobre el lavado gástrico en urgencias y emergencias médicas proporciona una visión completa y actualizada de esta técnica crucial en la práctica clínica. En resumen, los siguientes puntos clave emergen de esta revisión:

El lavado gástrico es una técnica efectiva cuando se aplica adecuadamente y dentro de un período de tiempo temprano después de la ingestión de sustancias tóxicas.

Las indicaciones específicas para el lavado gástrico incluyen intoxicaciones agudas, ingestión de sustancias corrosivas y casos de ingestión de sustancias potencialmente letales. Sin embargo, la evaluación individual de cada paciente es esencial para determinar su idoneidad.

Las contraindicaciones, como la ingestión de sustancias cáusticas, deben respetarse y se deben considerar alternativas terapéuticas en tales casos.

La seguridad del lavado gástrico depende de la capacitación y la experiencia del personal médico y el seguimiento de protocolos adecuados. Los riesgos, como el daño a la mucosa gástrica, deben ser reconocidos y manejados.

Las consideraciones éticas son esenciales, especialmente en situaciones en las que un paciente puede haber ingerido una sustancia tóxica deliberadamente. La atención psiquiátrica adecuada debe buscarse cuando sea necesario.

La elección de sondas nasogástricas y soluciones de lavado adecuadas, junto con la ejecución segura de la técnica, son aspectos críticos para el éxito del lavado gástrico.

El lavado gástrico debe considerarse como parte de una estrategia integral de manejo de intoxicaciones y exposiciones a sustancias tóxicas, complementando otras estrategias terapéuticas según la evaluación clínica individual.

En última instancia, esta revisión proporciona información valiosa para profesionales de la salud que trabajan en situaciones de urgencias y emergencias médicas, así como para investigadores y estudiantes interesados en comprender mejor la aplicación y la eficacia.

6 Bibliografía

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

Capítulo 221

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN

ESTRELLA TALENS GONZALEZ

ANA M TORIJA BARRAGÁN

ANA ISABEL SORNICHERO ALARCÓN

1 Introducción

La rehabilitación es un componente integral en la recuperación de pacientes que han experimentado lesiones, cirugías u enfermedades que afectan su movilidad y funcionalidad. Los TCAE desempeñan un papel esencial en el equipo de rehabilitación, contribuyendo con su experiencia y habilidades para optimizar el proceso de recuperación. Entre sus funciones se van a encontrar la asistencia en la movilización, el cuidado y supervisión de los pacientes, el apoyo en las terapias físicas, ayudar en la terapia ocupacional, controlar los dispositivos médicos, ayudar en el registro y documentación de las actividades de los pacientes, apoyar emocionalmente al paciente, educar y entrenar al paciente, mantener el entorno de trabajo y la comunicación interprofesional.

Este trabajo científico explora las funciones y responsabilidades de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el área de rehabilitación. Se

examina cómo los TCAE desempeñan un papel crucial en el proceso de recuperación de los pacientes, colaborando con el equipo interdisciplinario y proporcionando cuidados esenciales para mejorar la calidad de vida de aquellos que requieren rehabilitación.

Es importante la colaboración interdisciplinar entre otros profesionales del área de rehabilitación con el TCAE para dar una correcta atención de calidad al paciente y que mejore lo antes posible.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es conocer cuáles son las responsabilidades y las funciones que tiene el TCAE en el área de rehabilitación.

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 TCAE en rehabilitación" o "funciones y responsabilidades del TCAE en el área de rehabilitación" entre otras.

4 Resultados

Las funciones que tiene el TCAE en el área de rehabilitación y sus responsabilidades son:

1. Asistencia en Terapias Físicas y Ocupacionales: Los TCAE colaboran con los terapeutas físicos y ocupacionales en la implementación de ejercicios y actividades que promuevan la recuperación y el desarrollo de habilidades motoras y funcionales. Ayudan a los pacientes a realizar ejercicios bajo la dirección de profesionales y a utilizar equipos de terapia.
2. Movilización y Transferencias: Los TCAE son expertos en ayudar a los pacientes a moverse y transferirse de una cama a una silla, silla de ruedas o equipo de terapia. Garantizan que estas actividades se realicen de manera segura para prevenir lesiones adicionales.
3. Cuidados de la Piel y Prevención de Úlceras por Presión: Los pacientes en rehabilitación pueden tener dificultades para cambiar de posición por sí mismos, lo que aumenta el riesgo de úlceras por presión. Los TCAE juegan un papel vital

en el cuidado de la piel, realizando cambios de posición regulares y aplicando medidas preventivas.

4. Apoyo en Actividades de la Vida Diaria (AVD): Los TCAE asisten a los pacientes en la realización de actividades básicas como el baño, el vestido y la higiene personal. Esto es especialmente importante para aquellos pacientes cuya movilidad se ve afectada.

5. Observación y Comunicación: Los TCAE son responsables de observar y comunicar cualquier cambio en el estado de los pacientes a los profesionales de salud. Su atención a los detalles es crucial para detectar posibles problemas y garantizar una atención adecuada.

6. Apoyo Emocional: Los pacientes en rehabilitación pueden enfrentar desafíos emocionales debido a su situación. Los TCAE proporcionan apoyo emocional, alentando a los pacientes y brindando un ambiente positivo para su recuperación.

7. Colaboración Interdisciplinaria: En el entorno de rehabilitación, la colaboración interdisciplinaria es esencial. Los TCAE trabajan en estrecha colaboración con terapeutas, enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud para asegurarse de que el plan de rehabilitación se ajuste a las necesidades individuales de cada paciente.

8. Impacto en la Recuperación del Paciente: Las funciones del TCAE en el área de rehabilitación tienen un impacto directo en la recuperación del paciente. Su asistencia en terapias, cuidados de la piel, movilización y apoyo emocional contribuye a acelerar el proceso de recuperación, mejorar la autonomía del paciente y promover una transición exitosa de regreso a la vida cotidiana.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAE desempeñan un papel esencial en el área de rehabilitación al colaborar estrechamente con el equipo interdisciplinario y proporcionar cuidados esenciales para los pacientes en proceso de recuperación. Su contribución en la implementación de terapias, el apoyo emocional y los cuidados básicos contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes y a lograr resultados exitosos en su rehabilitación.

Las funciones del TCAE pueden variar según la configuración de la atención médica y de las necesidades específicas de cada paciente. El TCAE va a trabajar en estrecha colaboración con otros miembros del equipo de salud para garantizar la recuperación efectiva y la comodidad de los pacientes en el proceso de rehabilitación.

6 Bibliografía

1. Palabras clave "El TCAE en rehabilitación".
2. Revistas científicas.
3. <https://revistamedica.com/funciones-tcae-rehabilitacion/>
4. <https://congresosicepa.com/funciones-tcae-rehabilitacion/>
5. <https://www.fp-santagama.es/funciones-del-auxiliar-de-enfermeria-en-rehabilitacion/>

Capítulo 222

EL ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL QUIRÓFANO

ANA ISABEL SORNICHERO ALARCÓN

ESTRELLA TALENS GONZALEZ

ANA M TORIJA BARRAGÁN

1 Introducción

La sala de quirófano de un hospital es un entorno especialmente diseñado y equipado para llevar a cabo procedimientos quirúrgicos. También se le conoce comúnmente como la sala de operaciones o quirófano. Esta área es crítica en la atención médica, ya que es donde se van a realizar cirugías y procedimientos médicos invasivos y su funcionamiento adecuado es esencial para el éxito de estas intervenciones. El quirófano y la sala de recuperación son entornos cruciales en cualquier centro médico, y el TCAE desempeña un papel fundamental en garantizar que las operaciones y la recuperación de los pacientes se realicen con eficiencia y cuidado. Es importante garantizar un entorno estéril para evitar infecciones debidas a la cirugía.

Este trabajo científico se centra en analizar en detalle el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el entorno del quirófano y la sala de recuperación. Los TCAE desempeñan un papel esencial en la atención perioperatoria al brindar apoyo al personal médico y de enfermería, así como al cuidado y confort de los pacientes. A través de este análisis, se explorarán las funciones

clave del TCAE en estos entornos, junto con los desafíos y consideraciones que enfrentan para garantizar un cuidado seguro y eficiente.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es conocer cuáles son las funciones y las responsabilidades que tiene el TCAE en el área de quirófano y cuáles son sus contribuciones.

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 TCAE en quirófano" o "funciones y responsabilidades del TCAE en quirófano y recuperación" entre otras.

4 Resultados

Las funciones y responsabilidades que tiene el TCAE en el quirófano y en la sala de recuperación son:

1. Preparación del Quirófano: Los TCAE se encargan de preparar el quirófano antes de las cirugías, asegurando que todos los equipos y suministros necesarios estén disponibles y en condiciones óptimas.
2. Asistencia durante la Cirugía: Los TCAE asisten al personal médico y de enfermería durante las cirugías, entregando instrumentos y suministros necesarios, y manteniendo un entorno estéril.
3. Transferencia del Paciente: Los TCAE ayudan a trasladar a los pacientes a la sala de cirugía y luego a la sala de recuperación, asegurando su seguridad y confort durante el proceso.
4. Monitorización Básica: Los TCAE colaboran en la monitorización básica de los pacientes en la sala de recuperación, tomando signos vitales y observando su estado general.
5. Asistencia en el Cambio de Ropa e Higiene: En la sala de recuperación, los TCAE brindan asistencia para el cambio de ropa y la higiene básica de los pacientes que se están recuperando de la anestesia.
6. Comunicación con el Paciente: Los TCAE pueden ser la primera línea de comunicación con el paciente al despertar de la anestesia, brindando apoyo y respondiendo a preguntas.

Además de estas funciones tienen que tener una serie de consideraciones especiales debido al área en el que trabajan.

1. Esterilidad y Limpieza: Mantener la esterilidad en el quirófano es esencial. Los TCAE deben estar entrenados en técnicas de asepsia y asegurarse de seguir procedimientos rigurosos.
2. Comunicación Efectiva: La comunicación eficaz con el equipo quirúrgico y de recuperación es fundamental para garantizar un proceso fluido y seguro.
3. Riesgos de Infección: Dado que el quirófano y la sala de recuperación son entornos propensos a infecciones, los TCAE deben estar conscientes de los protocolos de prevención y control de infecciones.
4. Sensibilidad y Calma: El TCAE debe ser capaz de brindar apoyo emocional a los pacientes que pueden estar ansiosos o asustados antes de la cirugía y durante la recuperación.
5. Contribuciones a la Calidad de Atención: La labor del TCAE en el quirófano y sala de recuperación es esencial para garantizar un entorno seguro y cómodo para los pacientes y el equipo médico. Su colaboración y apoyo tienen un impacto directo en la calidad de la atención brindada.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE desempeña un rol crucial en el quirófano y la sala de recuperación al brindar apoyo esencial en todas las etapas del proceso perioperatorio. Su capacidad para mantener la esterilidad, brindar asistencia y apoyo a los pacientes, y colaborar con el equipo médico contribuye significativamente a la calidad del cuidado brindado. A través de la formación continua y la adaptación a las mejores prácticas, los TCAE pueden abordar los desafíos y continuar siendo una parte valiosa y eficiente del equipo de atención médica en estos entornos críticos. Es importante mantener el entorno estéril del quirófano y esa va a ser una de sus principales funciones.

6 Bibliografía

1. Palabras clave "el TCAE en quirófano".
2. Revistas científicas.
3. <https://revistamedica.com/competencias-tcae-servicio-quiroyfano/>
4. <https://www.ceac.es/formacion-profesional/grados-medios/sanidad/cuidados-auxiliares-enfermeria/que-hace-tcae-quiroyfano>

5. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-del-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-quiroyfano/>
6. <https://daeformacion.com/funciones-tcae-quiroyfano/>

Capítulo 223

ACTUACIÓN URGENTE DEL TÉCNICO AUXILIAR EN ENFERMERÍA ANTE HEMORRAGIAS POSPARTO.

MARIA JOSE ALVAREZ VEGAS

1 Introducción

La llegada de un nuevo ser al mundo es un momento de alegría y esperanza tanto para la familia como para el personal de salud involucrado en el proceso. Sin embargo, en el contexto de la maternidad, existen situaciones críticas que pueden poner en peligro la vida de la madre y el recién nacido, y una de las emergencias obstétricas más temibles y desafiantes es la hemorragia posparto.

La hemorragia posparto se define como la pérdida de más de 500 ml de sangre después del parto vaginal o más de 1000 ml después de una cesárea. Esta complicación, que puede surgir de manera inesperada y sin previo aviso, representa una de las principales causas de morbilidad materna a nivel mundial. Cada año, miles de mujeres enfrentan esta situación crítica, y la velocidad y eficacia de la respuesta del equipo médico, en particular del técnico auxiliar, son cruciales para salvar vidas.

La importancia de abordar la hemorragia posparto no puede subestimarse. A pesar de los avances en la atención obstétrica, las tasas de morbilidad materna aún son alarmantes en muchas regiones del mundo, especialmente en aquellas con recursos limitados. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que alrededor de 295,000 mujeres mueren cada año debido a complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, y aproximadamente el 27% de estas muertes

se deben a hemorragias posparto. La mayoría de estas tragedias son evitables con una atención adecuada y oportuna.

2 Objetivos

Este capítulo tiene como objetivo proporcionarlos conocimientos y habilidades necesarios en los TCAES para identificar y responder eficazmente a las hemorragias posparto, contribuyendo así a la reducción de la morbilidad materna

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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 actuación urgente del técnico auxiliar ante hemorragias posparto se basa en una serie de pasos críticos que pueden marcar la diferencia entre la vida y la muerte de la madre. La identificación temprana de signos de alarma es esencial. Estos pueden incluir un sangrado excesivo, una frecuencia cardíaca elevada, una presión arterial baja y una disminución de la conciencia. Una vez identificada la hemorragia posparto, el técnico auxiliar debe tomar medidas inmediatas. Primero, se debe notificar al personal médico especializado para que esté preparado para intervenir.

El técnico auxiliar de enfermería ha de observar y registrar el sangrado tras el parto, que será alarmante cuando la mujer pierda más de 500 ml de sangre tras el parto vaginal y más de 1000 ml tras el parto por cesárea.

El descenso de la presión arterial también es un dato a tener en cuenta, junto con la elevación de la frecuencia cardíaca. Para ello es adecuado mantener monitorizada a la mujer y controlar estos valores junto con la saturación de oxígeno.

El técnico auxiliar de enfermería colaborará en el sondaje urinario, controlará su diuresis y preparará a la paciente para una intervención quirúrgica urgente si fuera necesario.

La causa del sangrado, puede deberse a una atonía uterina (cuando el útero no se contrae adecuadamente), laceraciones del tracto genital o una retención placentaria. El tratamiento varía según la causa.

Si la causa es la atonía uterina, se deben administrar medicamentos uterotónicos para estimular las contracciones uterinas. La oxitocina y la ergonovina son ejemplos comunes. La compresión abdominal bimanual también puede ser necesaria para ayudar a contraer el útero, y es aquí donde puede requerirse el papel del técnico auxiliar de enfermería. En casos graves, puede ser necesario realizar un masaje uterino.

Si se identifican laceraciones del tracto genital, se deben suturar de inmediato para detener el sangrado, donde el técnico se dispondrá a la preparación del material necesario para ello.

La reposición de líquidos y la administración de transfusiones sanguíneas pueden ser necesarias para compensar la pérdida de sangre. El técnico auxiliar debe estar preparado para iniciar estos tratamientos según las indicaciones del equipo médico.

5 Discusión-Conclusión

La actuación urgente del técnico auxiliar ante hemorragias posparto es esencial para prevenir complicaciones graves. La capacitación y la habilidad en la identificación temprana y la aplicación de medidas específicas son críticas. La actuación urgente del técnico auxiliar ante hemorragias posparto puede salvar vidas. La formación adecuada, el reconocimiento temprano y la aplicación de procedimientos específicos son esenciales en la atención obstétrica de emergencia. La dedicación a adquirir y mantener estas habilidades es un compromiso ineludible en la promoción de la salud materna. Ante una hemorragia postparto, la observación, la comunicación y la actuación entre todo el equipo multidisciplinar es fundamental.

Capítulo 224

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE ENCAMADO Y LA IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS POSTURALES

INMACULADA INIESTA SANCHEZ

HILDA ROSMERY PINTO MIRANDA

FRANCISCA BLAZQUEZ PLA

MARÍA JOSEFA MORCILLO VALERA

ROCIO MORENO CHINCHILLA

1 Introducción

El paciente encamado será aquel que dado su cuadro clínico tiene que permanecer postrado en una cama, dependiente de una tercera persona para hacer las tareas más cotidianas como asearse, cambiarse de ropa, ir al baño, etc. Esta situación puede ser reversible en los casos en los que tengan que estar así debido a una operación, por la gravedad de las fracturas o heridas, de manera que cuando se produzca una mejora en su salud, cada vez será más autónomo, pero en otros casos será permanente, cuando existan enfermedades degenerativas, sean ancianos o discapacitados dependientes.

Coloquialmente en el entorno sanitario, se considerará encamado cuando permanezca como mínimo 72 horas en la cama. Los trabajadores sanitarios y no sanitarios que traten con el paciente comprenderán lo frustrante de la situación, la apatía, la falta de ganas, por lo que siempre apoyarán y animarán al paciente para que salga de esa situación mental. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) será la persona que tenga un mayor contacto con el paciente, siendo un pilar fundamental para sus cuidados básicos, físicos y anímicos. En estos casos se hacen imprescindibles la realización de los cambios posturales, ya que estos permiten dar comodidad al paciente que no puede hacerlo por sí mismo, puesto que su movilidad se encuentra limitada o inexistente. Serán apropiados para quitar presión en las zonas de apoyo con la cama o el sillón, evitando así la aparición de las temidas úlceras por presión, que tan difíciles son de eliminar una vez que aparecen.

2 Objetivos

- Explicar las características del paciente encamado y la labor del TCAE en los cuidados básicos mientras que esté hospitalizado.

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 los cuidados del TCAE con el paciente encamado y la importancia de los cambios posturales, 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. Palabras clave: paciente encamado, TCAE, cuidados básicos del paciente encamado, cambios posturales.

4 Resultados

Sobre todo, el TCAE ayudará al celador a realizar los cambios posturales que se deben de realizar cada 2 o 3 horas a la hora de tratar a pacientes geriátricos y los encamados, debiendo de conocer cuáles son los tipos que existen y cuando se utilizan unos y otros, aunque esto es algo que lo debe pautar el médico que

lo atiende. El TCAE una vez hecho el cambio de posición, le preguntará al paciente si se encuentra bien, o, por el contrario, observa alguna molestia. Las más utilizadas son las siguientes:

- 1/ Sedestación: paciente estará sentado con la espalda sobre el respaldo.
- 2/ Decúbito supino: es la posición comúnmente llamada, boca arriba, colocándose una almohada debajo de la cabeza y otra debajo de los gemelos, para que la espalda se encuentre más cómoda.
- 3/ Posición Decúbito lateral: se coloca al paciente tumbado en la cama de lado, de manera que el brazo toca la cama quede paralelo a la cabeza, y la pierna superior flexionada a altura de cadera y la rodilla. Se utiliza para el cambio de sábanas, en postoperatorios, para el aseo del paciente, etc.
- 4/ Posición decúbito prono: es la posición comúnmente llamada, boca abajo, con la cabeza hacia un lado y los brazos ligeramente flexionados, con las palmas de las manos hacia abajo y los pies apoyando el empeine. Para facilitar la posición se pone una almohada en los pies y otra en el esternón, aunque no es de las más realizadas, pero se emplea para contracturas en caderas y rodillas o prevenir úlceras por presión.
- 5/ Posición de Fowler o semifowler: estará tumbado con las rodillas flexionadas con el cabecero elevado a 45°. Es la indicada para que el paciente pueda comer y para evitar las broncoaspiraciones.

Las funciones del TCAE en relación en los cuidados del paciente encamado hospitalizado son las siguientes, casi siempre acompañada por un celador:

- 1/ Llevar a cabo el aseo diario o cada vez que haga falta, siempre indicando al paciente lo que se le va a hacer, echando cortinas para preservar la intimidad del paciente, y solicitando a las personas que estén en la habitación que salgan un momento. Para ello siempre debe de preparar el material que necesite: toallas, esponjas, palangana con agua caliente, bolsa sucia para echar el pijama.
- 2/ Cambiar las sábanas o hacer la cama: teniendo cuidado a la hora de mover al paciente, evitando que se desconecten las vías o sondas. D
- 3/ Darle de comer si no pudiera solo o no tuviera ningún familiar que lo hiciera, elevando el cabecero de la cama, poniendo en posición Fowler.
- 5/ Preguntarle si está bebiendo agua, ya que se les suele olvidar y se pueden deshidratar.
- 6/ Realizar el cambio de pañal cuando lo necesite, aseando la zona.

5 Discusión-Conclusión

Es importante realizar los cambios posturales con una frecuencia, normalmente cada dos o tres horas, para que la piel del paciente no sufra lesiones por el contacto de su piel y el peso de su cuerpo con la sábana o colchón, favoreciéndose así una mejoría en el riego sanguíneo y un mayor confort para el paciente, ya que como hemos de suponer, si pudiera el paciente realizarlo por sí mismo, sin duda lo haría. Desde luego, mejora el estado de salud tanto físico como psicológico, incrementando el ánimo del paciente mientras que dure su estancia en el hospital.

Los cambios posturales son muy importantes en este tipo de pacientes para evitar lesiones en la piel y como hemos comprobado, las más utilizadas por el TCAE en colaboración con el celador suelen ser: decúbito lateral, decúbito prono, sedestación, decúbito supino, fowler o semifowler, las cuales deben ser decididas por el facultativo y podrán ir cambiando según como evolucione la salud del paciente.

6 Bibliografía

1. Tecnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Editorial Mad 2021.
2. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/movilizacion-delpaciente-uci/>.
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
4. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
5. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 225

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL SECRETO PROFESIONAL Y LA CONFIDENCIALIDAD EN EL AMBIENTO SANITARIO

INMACULADA INIESTA SANCHEZ

HILDA ROSMERY PINTO MIRANDA

FRANCISCA BLAZQUEZ PLA

MARÍA JOSEFA MORCILLO VALERA

ROCIO MORENO CHINCHILLA

1 Introducción

El secreto profesional en el entorno de la sanidad es un tema muy importante a tener en cuenta, ya que trabajadores tanto sanitarios como no sanitarios están expuestos continuamente al conocimiento de los datos personales de los pacientes en el desarrollo de su profesión, ya sean médicos, sexuales, políticos, costumbres domésticas o cotidianas, ideológicos y sociales, y con más accesibilidad hoy en día dados los avances tecnológicos, es por ello por lo que hacerlos públicos dan lugar a un quebrantamiento de la confidencialidad e intimidad que se crea en la relación de paciente-entorno sanitario.

El secreto profesional tiene carácter permanente en la obligación del mantenimiento del silencio, no es algo temporal, y además comprende cualquier acto en el que interfiera el profesional y el paciente, ya sea médico, Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), celador, personal de limpieza, Diplomado Universitario de Enfermería (DUE), etc. El TCAE siempre podrá presenciar o saber datos que pongan en peligro el secreto profesional o la confidencialidad, por eso hay que tener cuidado con las conversaciones que se tienen entre compañeros y en lugares públicos, y que puedan oír otras personas que haga que la información se difunda sin el consentimiento del propio paciente.

La confidencialidad, parte del secreto profesional, es un principio ético que debe darse al trabajar con pacientes y su información confiada por el paciente, o averiguada en el transcurso de su atención sanitaria.

2 Objetivos

-Definir los conceptos de secreto profesional y confidencialidad, y como el TCAE en el ejercicio de su profesión debe mantener el silencio para no revelar datos 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 referente a la importancia del secreto profesional mantenido por el TCAE en el ejercicio de sus funciones en el ámbito sanitario. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Palabras clave : TCAE, técnico en cuidados auxiliares de enfermería, el secreto profesional, confidencialidad.

4 Resultados

A veces el secreto puede verse vulnerado de forma casi inapreciable, como por ejemplo:

- Mediante una confidencia a otra persona, sin intención dañosa.

- Cuando se quiere producir un daño a una persona siendo consciente de la información que se está dando.
- En el transcurso de una conversación informal.

Ya la Constitución Española, contempla en su artículo 18 los derechos de las personas en relación con los datos de carácter personal, también la Ley General de Sanidad, en sus artículos 10 y 61, y el Código Penal, en su artículo 197 y 199, habla de las penas en caso de revelación de secreto profesional.

El TCAE en el ejercicio de su labor profesional, dado un momento determinado, debe de valorar el lado ético de su decisión de mantener o revelar los datos que conoce, ya que se podría perjudicar al propio paciente, u a terceras personas, veamos:

- 1/ Al propio paciente: por el hecho de que se denigre su persona, su dignidad o intimidad.
- 2/ Al personal sanitario: el saber ciertas cosas obliga al personal sanitario a denunciarlo si constituye delito o tuviera que acudir como testigo al juicio correspondiente.
- 3/ A terceras personas relacionadas con el paciente: por el hecho de que puedan ponerse en peligro la salud o integridad de otras personas.

Garantizan la intimidad del paciente, también es su derecho y un deber que tiene que defender el profesional, por ejemplo cuando el TCAE procede a realizarse el aseo al paciente, debe de echar las cortinas o biombos para que no le vean el resto de pacientes y acompañantes, solicitar que se salgan de la habitación todas las personas, ya que se debe de dar dignidad a este hecho, humanizarlo y cubrirlo con una sábana mientras que se limpian otras zonas, en caso contrario se estaría violando su derecho a su intimidad, provocando una sensación negativa al paciente.

Todas las personas que trabajan en el ámbito sanitario tienen el deber de conocer y formarse referente a la normativa reguladora, respeto a la confidencialidad y el secreto profesional, siendo consciente de las repercusiones civiles y penales por revelar los datos personales de los pacientes que acuden a los centros.

Para garantizar la confidencialidad de las historias clínicas en el ámbito sanitario se suele:

- Restringir el acceso a las historias clínicas en papel en armarios bajo llave.
- Para el acceso a las historias clínicas en formato electrónico, actualizar periódicamente las claves de los profesionales sanitarios que tienen autorizado el acceso.

5 Discusión-Conclusión

La relación del profesional del ámbito sanitario – paciente se trabaja desde la premisa del respeto a su información personal, a su derecho a que no sean desvelados datos médicos, políticos, ideológicos, etc. en el transcurso de su ejercicio laboral, tanto de trabajadores sanitarios como no sanitarios, ya que se estaría vulnerando el secreto profesional, lo cual tiene repercusiones tanto civiles como penales.

El TCAE garantizará siempre la intimidad del paciente a la hora de aseo o de ayudar a vestirse, echando cortinas, solicitando que todo aquel que no sea paciente salga de la habitación, siempre para preservar la dignidad del paciente en todo momento. De ahí la importancia de tener a todos los trabajadores informados sobre las normativas vigentes relativas a estos derechos del paciente.

6 Bibliografía

1. Formacion Logoss. Manual del Celador.
2. La Ley de Protección de Datos y Confidencialidad en el ámbito sanitario .
3. Ocronos - Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com).
4. La confidencialidad de datos médicos: claves y legislación (unir.net).
5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
6. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 226

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON DIABETES

INMACULADA INIESTA SANCHEZ

HILDA ROSMERY PINTO MIRANDA

FRANCISCA BLAZQUEZ PLA

MARÍA JOSEFA MORCILLO VALERA

ROCIO MORENO CHINCHILLA

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad del metabolismo, de tipo endocrino y crónica, caracterizada porque organismo de una persona no produce la cantidad necesaria de insulina o no responde de manera adecuada a dicha producción, generando un cuadro clínico con diversa sintomatología: pie diabético, colesterol, gangrena, accidentes vasculares, hipertensión, daño renal, ceguera, arteriosclerosis, vasos sanguíneos débiles, insuficiencia renal, amputaciones, etc. De ahí la importancia que desde la consulta médica y de enfermería se lleven a cabo programas de detección y prevención de esta enfermedad, y se hagan controles del índice glucémico, evaluando el tipo de dieta que lleva el paciente, si hace ejercicio físico, controlando los medicamentos que toma, etc.

Cada día hay más personas que se les diagnostica esta enfermedad, que puede tener su origen en cuestiones genéticas o hereditarias, gestacional, por el tipo de vida y la alimentación, etc. El trabajo de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, TCAE, es esencial para que los pacientes que sufren esta enfermedad, sobre todo en estado crónico, reciban una atención eficiente, humana y segura, ya que estos estarán muy en contacto cuando acudan a los centros hospitalarios, servicios de urgencias o en atención primaria. Su objetivo es ofrecer cuidados básicos, medir las constantes vitales, aportar confort, ayudar en las curas de enfermería, colaborar con el personal facultativo y médico para lo que les haga falta siempre y cuando estén entre sus funciones, ayudarlo en el aseo o en la alimentación si no pudieran hacerlo por sí mismos, etc.

Los pacientes deberán tener cuidado con los alimentos que toman, ya que la mayor parte de ellos, una vez ingeridos y metabolizados, se convertirán en azúcar que se liberará en la sangre, lo cual activará que el páncreas deba de producir más insulina, una hormona que ayudará a que ese azúcar entre en las células del cuerpo para ser usada como fuente de energía.

2 Objetivos

Explicar en qué consiste la enfermedad de la Diabetes y la función que realiza el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en los cuidados básicos en estos pacientes.

3 Metodología

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

Palabras clave: técnico auxiliar de enfermería, TCAE, Oms, diabetes, sintomatología de la diabetes.

4 Resultados

Existen diferentes tipos de diabetes, los principales son:

- 1/ Diabetes tipo I: aparece en la infancia o adolescencia, porque el páncreas produce muy poca insulina o no la produce.
- 2/ Diabetes tipo II: se da en mayores de 45 años, en este caso los niveles de azúcar o glucosa en sangre son demasiado altos, ya que se produce un déficit en la secreción pancreática de insulina, junto con una resistencia.
- 3/ Gestacional: al quedarse la mujer embarazada, la cual deberá seguir unos controles, ya que podría dar lugar a que el bebé fuera muy grande o sufrir preeclampsia.
- 4/ Secundarias: derivadas del uso de corticoides o inmunosupresores, por la cirugía del páncreas, ya sea extirpación total o parcial, por ejemplo.

Los objetivos que el sistema sanitario pretende con los controles y programas de prevención son los siguientes:

- Educar a la población tanto joven como adulta, ofreciendo información relativa a esta enfermedad y la importancia de cogerla a tiempo. También promover la salud desde enfermería en los pacientes con diabetes y sus controles periódicos.
- Disminuir la mortalidad y las secuelas.
- Informar de la importancia de mantener una buena calidad de vida, fomentando hábitos de vida saludables y la relevancia de adaptarse a los nuevos cambios para ganar salud.
- Evitar las posibles descompensaciones que la propia enfermedad produce.
- Prevenir o retrasar la aparición de futuras complicaciones.

El TCAE en las consultas de atención primaria, en las consultas externas, en los servicios de urgencias, etc., donde se encuentre desarrollando sus funciones, servirán siempre de apoyo al equipo de médicos y enfermería a cerca de la concienciación del paciente de su enfermedad, el reconocimiento de síntomas, la interiorización de los efectos adversos, informando de la importancia de los cuidados básicos alimenticios, de tomarse el control del índice glucémico cada día o varias veces al día, de hacer algo de ejercicio o por lo menos de andar, dentro de las limitaciones.

El TCAE ante este tipo de pacientes, le incentivará para que controlen lo que comen, los distintos grupos de alimentos, la importancia de que el peso corporal esté en unos niveles adecuados, haciéndole así partícipe en su autocuidado. También deberá conocer como funcionan los aparatos para medir el nivel de insulina, el peso y otras constantes vitales.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE, tendrá como misión ayudar a las personas que padecen esta enfermedad y a su familia, informándoles de todo lo que precisen, ya que ahora toda la familia deberá estar involucrada en el cuidado alimenticio del paciente, ya que cada alimento cuenta y actúa de forma diferente una vez metabolizado por el organismo. Les explicará las habilidades y técnicas necesarias para poder conocer y controlar la enfermedad. Desde el sistema sanitario, sobre todo desde Atención Primaria, se llevarán campañas de visualización de esta enfermedad, como reconocerla y como paliar las secuelas, sobre todo concienciar a la población juvenil de la importancia de la vida activa y alimentación saludable.

Para lograr unos resultados exitosos, será necesaria la implicación de todo un equipo multidisciplinar profesional, en el que se encuentra el TCAE, dando apoyo a los compañeros y al enfermo en los cuidados básicos que necesite, teniendo siempre un carácter empático y familiar, comprensivo ante esta sintomatología del paciente.

6 Bibliografía

1. Página web American Diabetes Association: <http://www.diabetes.org/español/padres-y-jovenes/que-es-la-diabetes>.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 227

MEDIDAS TERAPEÚTICAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UNA CRISIS DE EPILEPSIA

JESSICA ALCALÁ VILLAR DEL SAZ

NURIA CÁRCLEN PÉREZ

TOMÁS GARCÍA TENDERO

MERCEDES TENDERO ALARCON

OLGA NAVARRO CIFUENTES

1 Introducción

La epilepsia se concibe como un problema de salud pública mundial que precisa de una actuación precoz.

Según informes de la Organización Mundial de la Salud, alrededor de 50 a 69 millones de individuos en el mundo padecen esta enfermedad, sobre todo en países en vías de desarrollo.

La Liga Internacional contra la Epilepsia incluye a la crisis epiléptica en la nueva clasificación y lo distribuye de la siguiente forma: Según el subtipo de crisis podemos diferenciar crisis epiléptica focal y crisis epiléptica generalizada, en la que nos centraremos, distinguiendo en ella:

- ☒ Crisis epiléptica clónica.
- ☒ Crisis epiléptica de ausencia.
- ☒ Crisis epiléptica tónica.
- ☒ Crisis epiléptica mioclónica.

La crisis epiléptica sugiere un conjunto de cambios en la bioquímica cerebral, en la interconexión neuronal y en la fisiología. Al principio se produce una compensación fisiológica con el fin de aumentar los requerimientos metabólicos; seguidamente sucede un desequilibrio en la que tienen lugar efectos secundarios como hipotensión, acidosis metabólica, hipoxia, arritmias, etc.

Mientras duran estas crisis, el individuo pierde durante un instante el conocimiento y tiene movimientos involuntarios cuando suceden las convulsiones, pero también puede permanecer consciente.

Las causas agudas son normalmente las más comunes y presentan tasas de mortalidad más altas que las de etiología crónica.

El 60% de las epilepsias están asociadas a la esclerosis del hipocampo. También pueden ser debidas a traumatismos, hemorragia cerebral, infecciones del sistema nervioso central, enfermedades neurodegenerativas. Respecto a las causas congénitas podemos incluir tumores cerebrales.

Debido a la diversidad de esta patología, por el impacto social que representa y sus consecuencias psicológicas, biológicas e incluso económicas, el paciente con esta enfermedad debe ser intervenido con carácter interdisciplinario.

2 Objetivos

- ☒ Establecer las actuaciones del TCAE en caso de crisis epiléptica.
- ☒ Determinar las formas del tratamiento que han resultado eficaces para estos pacientes.

3 Metodología

Este estudio se ha realizado mediante una búsqueda bibliográfica de la literatura científica disponible.

Se ha trabajado con las bases de datos PubMed, Dialnet, Scielo.

Se han seleccionado artículos en inglés y español, otros criterios de inclusión fueron adultos en edad media y sin otros antecedentes distintos a epilepsia. También se ha empleado un metabuscador, Google Académico.

4 Resultados

Según la descarga eléctrica, las crisis pueden ser parciales, simples o complejas y crisis generalizadas.

Dentro de las crisis generalizadas incluimos:

☒ Crisis tónico-clónicas: las convulsiones perduran entre dos a seis minutos, produciéndose de manera habitual un episodio prodrómico. También es frecuente que presenten rigidez de nuca, temblores, midriasis, estertores y como última instancia incontinencia urinaria

☒ Crisis de ausencia típica: la crisis se inicia y finaliza de manera brusca, presentando una desconexión del medio, apenas dura unos segundos. Tras terminar, se restablecen sus tareas y no sabe lo que ha sucedido durante el episodio.

☒ Crisis de ausencia atípica: semejante a la anterior, pero con inicio y final mal definidos.

☒ Crisis mioclónicas: se producen contracciones musculares bruscas, repetidas e irregulares, alterando a cara, cuello, tronco y MMII.

A nivel cerebral, análisis experimentales determinan la presencia de un estímulo de actividad convulsiva entre el hipocampo y las estructuras parahipocampales donde los espasmos pueden progresar a través de un conjunto de cambios electroencefalográficos.

El estudio de la actividad de las neuronas epilépticas ha permitido el adelanto de la investigación. Se intuye que tales neuronas muestran un comportamiento eléctrico denominado desplazamiento despolarizante. Este complejo neuronal está delimitado por un inhibidor formado por neuronas con altas concentraciones de GABA.

Actuaciones a realizar por parte del TCAE:

- Se recostará al paciente en el suelo y se retirará cualquier objeto punzante de su alrededor, se colocará una almohada bajo la cabeza y se aflojarán las prendas de ropa.
- Únicamente en caso de que el individuo tuviera un vómito durante la crisis epiléptica, se le dispondría en posición lateral de seguridad para evitar una broncoaspiración. Aunque no se suele aconsejar esta posición porque apenas hay riesgo de que se broncoaspire.
- No dejaremos a la persona sola y nos pondremos a un lado hasta que la crisis termine.
- Cuando haya finalizado, acomodaremos a la persona en decúbito lateral izquierdo para promover la eliminación de secreciones y prevenir aspiraciones,

también realizaremos la maniobra frente mentón para abrir la vía aérea y observaremos su pecho para verificar que el aire entra en los pulmones, además sentiremos el pulso carotídeo.

- Para concluir, trataremos de transmitir tranquilidad hasta que la persona se recupere, y le contaremos lo ocurrido hablándole de forma calmada y cercana.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es un miembro imprescindible del equipo sanitario que se encuentra en mayor contacto con el paciente, ya que es necesaria su presencia en muchos procedimientos en el contexto de urgencia, concretamente en la crisis epiléptica. Debe de tener una formación adecuada para el servicio.

No debemos olvidarnos de la importancia que tiene el componente psicológico del paciente en el desarrollo y evolución de la enfermedad que atraviesa, no solamente prestándole atención al tratamiento médico.

Para el manejo de esta enfermedad es imprescindible una atención interdisciplinar con el objetivo de eliminar, paliar o reducir los efectos adversos de la misma.

6 Bibliografía

1. Perea Cossio J, Grimanese Lázaro L, Scollo S, Tamargo A, Fernández Liguori N, Alonso R. El estatus epiléptico refractario de reciente inicio: presentación de serie de casos. *Neurología Argentina*. 2020;12(4): 247-253.
2. García S, Sauri Suárez S, Meza E, J. Villagómez-Ortiz A. Estado epiléptico (status epilepticus): urgencia neurológica. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int*. 2013;27(1):43-52.
3. Kinney M, Craig J. Grand rounds: an update on convulsive status epilepticus. *Ulster Med J*. 2015;84(2):88-93.
4. Lowenstein D.H, Bleck T, Macdonald R.L. It's time to revise the definition of status epilepticus. *Epilepsia*. 1999;40(1):120-2.
5. Shorvon S. The classification of status epilepticus. *Epileptic Disord* 2005;7:1-3.
6. Lowenstein D.H, Alldredge B.K. Status epilepticus. *N Engl J Med*. 1998;338:970-6.
7. O'Connor C, Hanna J, Nichol A. Status epilepticus: an intensive care medicine problem. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*. 2016;17(1):27-30.

8. Kandel E.R, Schwartz J.H, Jessell T.M. Crisis epilépticas y epilepsias. En: Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM. Principios de Neurociencias. Madrid:Ed. McGraw Hill Interamericana de España, 2001:910-935.
9. Gugger J, Husari K, Probasco J, Cervenka M. New-onset refractory status epilepticus: A retrospective cohort study. *Seizure*.2019;19: S1059-S1311.
10. Dillien P, Ferrao S, Santos B, Van Pesch V, Suind V, Lamorald S, et al. New-Onset Refractory Status Epilepticus: More Investigations. More Questions. *Case Rep Neurol*. 2016; 8:127-133. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1159/5%2000044729>.
11. Bender del Busto Juan E, Hernández Toledo Liuba. Consideraciones en el tratamiento del paciente con epilepsia. Artículo de revisión. *Rev haban cienc méd*. 2017 Dic; 16(6): 912-926.
12. Sánchez Ortueta N. El tcae y el apoyo psicológico al paciente mediante la comunicación efectiva. *Ocronos [Internet]*. 2021 Dic [citado 2023 Ago 29] ; 4 (12): 324.
13. Pascale García R, Pando García A. Guía práctica para tcaes: crisis epilépticas. *Ocronos [Internet]*. 2020 Feb [citado 2023 Ago 31] ; 3 (2). Disponible en: <https://revistamedica.com/guia-practica-tcaes-crisis-epilepticas/>

Capítulo 228

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

JESSICA ALCALÁ VILLAR DEL SAZ

TOMÁS GARCÍA TENDERO

MERCEDES TENDERO ALARCON

OLGA NAVARRO CIFUENTES

NURIA CÁRCELEN PÉREZ

1 Introducción

La OMS define una urgencia como aquel problema cuya progresión es lenta y no necesariamente mortal, cuya atención no debe demorarse más de seis horas.

La emergencia sanitaria es aquella patología, generalmente de aparición brusca, en la que existe un compromiso vital cuya evolución puede llevar a la muerte en un tiempo medio inferior a una hora.

Hay que considerar que una urgencia precisa una atención “no inmediata” pero sí en un intervalo de tiempo no excesivo para que su salud no se vea comprometida. En el medio extrahospitalario, cualquier transeúnte que presencie una urgencia tiene el deber de socorrerla, siempre dentro de sus propios conocimientos,

aunque haya que esperar a los especialistas, pero debemos permanecer con el afectado hasta que pueda ser atendido por profesionales.

El servicio de urgencias es un área hospitalaria con personal especializado para proporcionar asistencia y facilitar unas condiciones de seguridad, calidad y eficacia para asistir a las urgencias que surjan. En ella, se ofrecen servicios de asistencia médica, tratamientos de enfermería y cuidados auxiliares de enfermería hasta la mejoría del problema clínico.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) se encuentra más próximo a las necesidades fisiológicas del paciente, es por ello, el responsable de la toma de muestras (orina, esputo, heces, vómito), y de la vigilancia de las deposiciones, valorando y registrando los parámetros según las pautas médicas.

Habitualmente el TCAE es el primero que acoge al paciente en urgencias después de ser triado. Proporcionará todo lo necesario salvaguardando su intimidad. Le explicará las dudas que el paciente tenga aportándole confianza y tranquilidad.

En este servicio, los usuarios son atendidos teniendo en cuenta un conjunto de criterios, primero se les examina para ser clasificados en un orden determinado según la prioridad que precisen.

2 Objetivos

- Dar a conocer la composición de los servicios de urgencias hospitalarias.
- Exponer las funciones del auxiliar de enfermería en servicio de urgencias.

3 Metodología

Para redactar este trabajo, se ha llevado a cabo un análisis de diferentes artículos de bases de datos especializadas en ciencias de la salud como Medline y Dialnet. Se trata de una revisión bibliográfica.

La búsqueda se ha realizado en español e inglés, las palabras claves fueron: "urgencias", "servicios", "técnico en cuidados de enfermería".

4 Resultados

Es imprescindible que el TCAE cuente con unos conocimientos necesarios y sea capaz de aportar seguridad y confianza a la hora de atender al paciente.

Los servicios de urgencias deben situarse en zonas de fácil acceso. Se compone de:

- La admisión de urgencias por dónde se accede al servicio.
- La sala de triaje dónde se clasifica según la gravedad del paciente.
- Sala de exploración.
- Una sala de admisión a pacientes ambulatorios.
- Una sala de curas y yesos.
- Los boxes.
- La sala de médicos.
- El control de enfermería.
- Una sala de esterilización.
- Una sala de espera para acompañantes

Funciones del TCAE en los servicios de Urgencias:

En función del área dónde ejerza el auxiliar podrá desempeñar las siguientes funciones:

- ☒ Acoger al paciente tras ser triado, colocándole una pulsera identificativa que deberá llevar el tiempo que permanezca en el servicio
- ☒ Trasladar al paciente y prepararle para la exploración que lleve a cabo el médico
- ☒ Tomar las constantes vitales
- ☒ Asistir al enfermero en todo lo posible: colocar sondas, administrar medicamentos por nutrición enteral...
- ☒ Ayudar a los pacientes que lo necesiten en su alimentación e higiene personal
- ☒ Comunicar cualquier tipo de incidencia o cambio (ingesta, diuresis)
- ☒ Guardar el secreto profesional en todo momento
- ☒ Organizar, desinfectar, limpiar y reponer estantería, y cajones, siempre comprobando la caducidad y hacer el pedido de aquello que falte
- ☒ Preparar el equipo hospitalario según el procedimiento que se inicie
- ☒ Limpieza, control y esterilización del material utilizado, incluido el ECG
- ☒ Llevarán a cabo la limpieza y desinfección de los carros de parada
- ☒ Limpieza y reposición del área asistencial y no asistencial del servicio de urgencias (consentimientos, burocracia...)
- ☒ Ayudar a desvestir y vestir al paciente cuando sea preciso
- ☒ Comprobar las tomas de oxígeno y de vacío, verificando la fecha de caducidad de los humidificadores

5 Discusión-Conclusión

El TCAE ha de saber cómo intervenir y su tarea, manteniendo una comunicación continua con el enfermero, colaborando en conjunto en el plan de cuidados de

cada paciente y transmitiendo cualquier observación u incidencia. Como profesional sanitario debe anteponer las tareas más inmediatas en función de las necesidades del servicio.

La comunicación entre el paciente y el personal sanitario es imprescindible para que el paciente se sienta tranquilo y cómodo y con ello asegurarnos una atención sanitaria de calidad. Por ello es necesario tener unas habilidades comunicativas como la escucha activa, hablar sin interrumpir, no mostrar prejuicios, saber re-conducir...

6 Bibliografía

1. <https://www.chospab.es>.
2. <https://forohurge.com>.
3. <https://revistamedica.com/labor-tcae-servicio-urgencias/>.
4. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/importancia-tcae-servicio-de-urgencias/>.
5. <https://revistamedica.com/funciones-tcae-servicio-urgencias/>.
6. <https://revistamedica.com/papel-tcae-urgencias-hospitalarias/>.

Capítulo 229

EL PERSONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SU ACTUACIÓN EN LA SALA DE CURAS DE UN HOSPITAL. EL CARRO DE CURAS

ÚRSULA LÓPEZ GARCÍA

MARIA ROSANA ILLESCAS RODRIGUEZ

SONIA GALINDO LOPEZ

JANIS SÁNCHEZ CORRAL

PATRICIA GONZÁLEZ PLASENCIA

1 Introducción

El carro de curas es un elemento imprescindible en cualquier unidad de hospitalización o de consultas, que permite llevar a cualquier sala el material necesario para la realización de las curas pertinentes a los pacientes que las requieran, pero no olvidemos que no se trata de un medio de transporte de medicamentos a suministrar. Lo importante es que sea ligero, por lo que cuenta con ruedas para su desplazamiento y de un tamaño apropiado para ser usado por una sola persona,

pudiendo atravesar las puertas con holgura, evitando así tropezar y que su contenido se desordene. Además, suele ser de acero para su correcta conservación y limpieza.

2 Objetivos

-Conocer cuáles son las funciones que desempeña el personal de TCAE en la sala de curas de un centro hospitalario.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El TCAE debe de mantener siempre todo el equipo médico limpio y desinfectado como lo son el aparato de electrocardiograma, poner electrodos y el papel del ecógrafo, mantener limpio el aparato del ecógrafo, limpiar los carros de curas y reponerlo, sobre todo el instrumental que mayoritariamente es utilizado. También debemos de ayudar a los pacientes que llegan a la unidad de curas a acomodarse en la camilla y esperar a que enfermería comience a realizar la cura, debemos de actualizar toda la historia clínica del paciente y así poder realizar mejor la cura con las medidas necesarias, ayudar en todo momento a los pacientes para incorporarse, vestirse y sobre todo demos de revisar los materiales que tenemos en la unidad de curas, comprobar que los humidificadores funcionan correctamente y sus mascarillas, asegurarnos que en la camilla haya un rollo de papel e ir cambiando para cada paciente, y siempre que se termina con la cura del paciente debemos de recoger todo y limpiar y desinfectar con el líquido correspondiente que tenemos para la camilla. Debemos de reponer el material como gasas, compresas, sueros, jeringas, agujas de carga, agujas intravenosas, musculares, las agujas y tiras de la insulina, todo tipo de material que es necesario en una sala de curas, tener los contenedores limpios sobre todo los que son de material punzante

y cortante, reponer esparadrapos, clorhexidina, etc. Cuando utilizan el material debemos de limpiarlo, desinfectarlo y enviarlo a la central de esterilización para que sea esterilizado y podamos volver a utilizarlo de nuevo para otros pacientes, vendas, apósitos, todo tipo de material que podamos encontrarnos en una sala de curas y sea utilizado por el equipo de enfermería, deberemos siempre de reponer y mantener limpia la sala.

5 Discusión-Conclusión

El carro de curas es un elemento imprescindible en el ámbito sanitario, ya que será utilizado frecuentemente y en cada turno laboral, de manera que debe de estar siempre limpio, desinfectado y repuesto de todo el material necesario para su utilización, revisando las caducidades.

Esta limpieza y reposición diaria, o cuando sea necesaria, le corresponde al TCAE llevarlo a cabo, siempre bajo un protocolo, de manera que se asegure la desinfección de los distintos componentes, siendo necesario que este profesional sanitario tenga un conocimiento exhaustivo de todos los medicamentos, instrumentos y elementos complementarios para las curas, velando así por la seguridad sanitaria del paciente y optimizando así la labor del resto de compañeros que tendrán acceso al carro de curas

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

Capítulo 230

ACTUACIÓN DEL PERSONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN DENTRO DE UN HOSPITAL

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 en la unidad de rehabilitación de un centro hospitalario.

Podemos decir que la rehabilitación es un proceso de atención sanitaria que tiene como objetivo atender las secuelas de una enfermedad o de un trauma que han originado una disfunción o una discapacidad en un paciente.

Además, la rehabilitación está incluida en diferentes especialidades como son la fisioterapia, la terapia ocupacional, medicina física y rehabilitación.

Dentro del personal que componen la unidad de rehabilitación tenemos al personal de fisioterapeuta, los terapeutas ocupacionales, logopedas, celadores y al personal de TCAE.

2 Objetivos

Explicar qué es el personal de TCAE que desempeña sus funciones en un centro hospitalario.

Exponer cuál es su actuación en la unidad de rehabilitación.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Resultados

Las funciones del técnico de cuidados auxiliares de enfermería en rehabilitación pueden variar dependiendo del departamento. Pero entre ellas se encuentran:

- realizamos la limpieza y el control del equipamiento. Además, controlamos el material y realizamos el inventario para no quedarnos sin stock.
- atenderemos al paciente cuando llegue a la consulta (comprobaremos su cita, información personal...)

- enseñamos a los pacientes a realizar los ejercicios, también a manejar las sillas de ruedas y otros tipos de apoyo (muletas, andadores, bastones...)
- realizamos tareas administrativas como la gestión de citas o elaboración de historial clínico del paciente.
- escuchamos y tranquilizamos a los enfermos, es esencial explicarles el tratamiento y resolver sus dudas.
- motivamos a los pacientes para que realicen los ejercicios correctamente.
- si observamos cualquier evolución o cambio se lo comentamos al especialista.
- ayudaremos al celador en la correcta colocación del paciente, donde va a recibir sus tratamientos.
- reponemos las ropas de uso y recogemos las utilizadas.
- ordenamos y esterilizamos el material que han utilizado en la unidad

Estas actividades son comunes a todas las salas de rehabilitación, pero en la unidad de fisioterapia podemos realizar otras actividades como son:

- poner al paciente parafina, que es una cera caliente que se aplica sobre manos o pies y hace que la humedad de la piel suba a las capas externas.

En rehabilitación se usa para reducir el dolor y ayudar a movilizar las articulaciones. Se utiliza para tratar enfermedades reumáticas y para tratar lesiones en los músculos, ligamentos y tendones.

- también podemos poner hidro-cólatos, que son una especie de saquitos rellenos de gel que se sumergen en agua tibia y se le ponen al paciente donde tiene la lesión con el fin de mantener la zona caliente y eliminar el dolor.

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.

El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es muy importante, ya que en esta unidad se necesita de mucho apoyo para que el paciente pueda volver a tener la movilidad que tenía antes de la enfermedad o el traumatismo.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 231

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE INGRESADO CON INTOLERANCIA A LA LACTOSA

PATRICIA SÁNCHEZ MARTÍN

GABRIELA-VALY BIRLEA

MARÍA MARTÍN-FORERO MORA

SARA MUÑOZ FERNÁNDEZ

LUIS MIGUEL AZAÑA MORCUENDE

1 Introducción

La intolerancia a la lactosa es una condición común en la que el cuerpo tiene dificultades para digerir la lactosa, un azúcar presente en la leche y sus derivados. Esto se debe a la deficiencia de lactasa, una enzima necesaria para descomponer la lactosa en glucosa y galactosa, que el cuerpo puede absorber fácilmente.

Los síntomas de la intolerancia a la lactosa pueden variar en gravedad e incluir malestar estomacal, gases, hinchazón, diarrea y cólicos. Estos síntomas suelen aparecer de 30 minutos a 2 horas después de consumir productos lácteos.

Para gestionar la intolerancia a la lactosa, muchas personas optan por evitar alimentos y bebidas que contengan lactosa. Esto implica leer etiquetas cuidadosamente y buscar sustitutos sin lactosa, como la leche de almendra o soja. También existen suplementos de lactasa que pueden ayudar a algunas personas a tolerar mejor la lactosa.

Es importante destacar que la intolerancia a la lactosa no es lo mismo que la alergia a la leche, que involucra una respuesta inmunológica alérgica a las proteínas de la leche y puede ser potencialmente grave. La intolerancia a la lactosa es más común en adultos y puede desarrollarse con el tiempo.

La intolerancia a la lactosa es una condición digestiva en la que el cuerpo tiene dificultades para descomponer la lactosa. Los síntomas pueden variar, pero se pueden gestionar evitando los alimentos con lactosa o usando suplementos de lactasa. Consultar con un profesional de la salud es importante para un diagnóstico adecuado y un plan de tratamiento personalizado.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el cuidado de un paciente ingresado con intolerancia a la lactosa.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador desempeña un papel crucial en la atención de pacientes intolerantes a la lactosa, ya que su función es garantizar la comodidad, la seguridad y el bienestar de los pacientes en un entorno de atención médica. Aquí se describen algunas de las funciones clave del celador en la atención de pacientes con intolerancia a la lactosa:

Conocimiento y comunicación: El celador debe estar bien informado sobre la intolerancia a la lactosa y sus implicaciones para los pacientes. Debe comunicar claramente esta información al personal médico y de enfermería para garantizar que se tomen las precauciones necesarias en la atención del paciente.

Historial médico: Es importante que el celador obtenga y registre el historial médico del paciente, incluyendo su intolerancia a la lactosa, para que el equipo de atención médica esté al tanto de cualquier restricción dietética o necesidades especiales.

Dieta: El celador puede desempeñar un papel en la gestión de la dieta del paciente. Esto implica asegurarse de que las comidas y las bebidas servidas al paciente sean libres de lactosa o cumplan con sus restricciones dietéticas específicas. También debe estar atento a posibles alergias alimentarias adicionales.

Supervisión de síntomas: El celador debe estar atento a los síntomas de malestar gastrointestinal que puedan experimentar los pacientes intolerantes a la lactosa, como hinchazón, gases o diarrea. Debe informar de inmediato a los enfermeros o médicos si el paciente presenta cualquier síntoma relevante.

Administración de medicamentos: En algunos casos, los pacientes intolerantes a la lactosa pueden requerir medicamentos para aliviar los síntomas. El celador puede ayudar en la administración de estos medicamentos según las indicaciones médicas.

Apoyo emocional: La intolerancia a la lactosa puede ser una condición incómoda y frustrante para los pacientes. El celador puede brindar apoyo emocional al paciente, escuchando sus preocupaciones y proporcionando un ambiente de atención comprensivo y empático.

Educación del paciente: El celador puede desempeñar un papel educativo al proporcionar información adicional sobre la intolerancia a la lactosa, cómo evitar alimentos con lactosa y cómo utilizar productos sustitutos sin lactosa.

El papel del celador en la atención de pacientes intolerantes a la lactosa es fundamental para garantizar una atención de calidad. Esto implica la comunicación efectiva, la supervisión de la dieta, la administración de medicamentos, el apoyo emocional y la educación del paciente. Trabajar en estrecha colaboración con el equipo de atención médica garantiza un cuidado integral y personalizado para estos pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La empatía del celador hacia el paciente ingresado con intolerancia a la lactosa es esencial para brindar un entorno de atención compasiva y efectiva. El celador debe demostrar comprensión y sensibilidad hacia las necesidades y preocupaciones del paciente. Esto implica escuchar activamente al paciente, mostrar interés genuino por su bienestar y respetar sus restricciones dietéticas.

La empatía se refleja en acciones como asegurarse de que las comidas servidas al paciente sean libres de lactosa, ofrecer opciones alternativas y estar atento a posibles síntomas de malestar gastrointestinal. Además, el celador debe brindar apoyo emocional, reconociendo las dificultades que enfrenta el paciente debido a su intolerancia a la lactosa y ofreciendo palabras de aliento.

En última instancia, la empatía del celador contribuye a un ambiente de atención más humano y reconfortante, ayudando al paciente a sentirse cuidado y comprendido durante su estancia en el hospital.

6 Bibliografía

1. Crespo, A. R., Alamillo, M. Á. T., & Ortuño, B. R. Funciones del celador en la atención sanitaria. Lulu. com.

Capítulo 232

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ACV ISQUÉMICO

JESSICA ALCALÁ VILLAR DEL SAZ

NURIA CÁRCELEN PÉREZ

OLGA NAVARRO CIFUENTES

TOMÁS GARCÍA TENDERO

MERCEDES TENDERO ALARCON

1 Introducción

Los accidentes cerebrovasculares (ACV) son enfermedades que implican una limitación funcional severa, ya que constituyen la primera causa de discapacidad en el adulto y segunda causa de demencia después del Alzheimer, suponiendo un empeoramiento de la situación del paciente y un aumento de las demandas médicas.

Todas las patologías cerebrovasculares implican un gran impacto emocional, psicológico y económico tanto en el paciente como en los familiares, por suponer una sobrecarga de los cuidados y una afectación psíquica importante.

Para ello se han elaborado protocolos específicos.

El fomento de unidades de cuidados intensivos se tradujo en mejores resultados que otros servicios en cuanto a las tasas de mortalidad y la estancia hospitalaria.

Existen escalas para valoración del ictus, como la escala Cincinati, en presencia del médico en las ambulancias es más adecuado el empleo de escalas específicas como la NIHSS.

Los ACV son causados por diferentes factores etiológicos, el más frecuente es el accidente trombótico por afectación de algunas de las arterias cerebrales a partir de placas de ateroma. La segunda causa más importante es la hemorragia subaracnoidea, cuyo pronóstico es menos conservado.

El diagnóstico del ictus es una emergencia dependiente del tiempo, la coordinación interdisciplinar y el medio hospitalario, por tanto, los profesionales implicados deben de disponer de una formación complementaria.

2 Objetivos

- Esclarecer la actuación de enfermería y TCAE ante un accidente cerebrovascular.
- Informar a la población sobre signos y síntomas más comunes del ACV isquémico.

3 Metodología

Para la realización del actual trabajo se ha llevado a cabo una revisión sistemática a partir de la literatura científica más actual. Las bases de datos que se han empleado fueron Scielo, Dialnet y la revista sanitaria de investigación. Se han utilizado términos booleanos como “and” y “or”. Se han incluido artículos de casos diagnosticados en urgencias. Como criterios de exclusión podemos considerar a gente muy joven o aquellos artículos que describían protocolos sin una secuencia ordenada.

4 Resultados

Algunos factores de riesgo del ACV son la edad, antecedentes familiares de ictus, hipertensión arterial, obesidad, el tabaco, diabetes, hiperlipidemia, etc.

El pronóstico del ictus depende del tiempo transcurrido en la primera valoración y los primeros auxilios son determinantes. Por ello es imprescindible que se perciban correctamente los síntomas para un tratamiento oportuno.

Algunos síntomas del accidente cerebrovascular isquémico son:

- Hemiparesia de un lado corporal de rápida instauración
- Alteraciones del habla como disartria
- Alteraciones del equilibrio, problemas de coordinación
- Desviación de la comisura labial
- Dolor de cabeza intenso
- Pérdida de sensibilidad u hormigueos en una mitad del cuerpo

El tratamiento del paciente con ictus isquémico debe ser exhaustivo y precoz. Serían necesarias algunas terapias como la trombectomía o la administración de la alteplasa para corregir los problemas en la coagulación.

Es importante unificar criterios y llegar a un planteamiento único de las terapias enfermeras basado en la evidencia científica.

La exploración física clásica como la tomografía computarizada o la resonancia magnética tienen un papel destacado, además de la verificación de los antecedentes médicos.

Respecto a los tratamientos específicos, hay otras intervenciones a considerar. Entre ellas están: examinar el nivel de la consciencia con escala neurológica Glasgow, las consideraciones sobre la posición del paciente durante el traslado, la administración de oxígeno, la canulación de vía intravenosa, la infusión de líquidos, registrar la diuresis, monitorización electrocardiográfica, control de la glucemia, administración de fibrinolíticos y monitorización de constantes regularmente.

En determinadas circunstancias será preciso intervenir quirúrgicamente al paciente para extraer la placa de ateroma o dilatar la arteria mediante angioplastia.

Una vez estabilizado al paciente y recuperado del accidente, deberá llevar unos cuidados concretos para evitar la aparición de otros eventos adversos, es decir, deberá evitar los factores de riesgo más importantes en relación con el ictus (hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, el tabaco, el alcohol, la diabetes)

5 Discusión-Conclusión

Es esencial para la respuesta coordinada del equipo de tratamiento del ACV que identifiquen los síntomas relacionados.

Es necesario un esquema de tratamiento unificado e individualizado a cada paciente.

No se debe demorar la asistencia a este tipo de paciente, ya que sería vital actuar precozmente y evitar secuelas inminentes.

Además, que se den uno más factores de riesgo aislado no indica siempre ACV. La detección y el manejo de los factores de riesgo potenciales para ACV son la forma idónea de disminuir el riesgo.

Es de suma necesidad saber identificar un accidente cerebrovascular a tiempo para llevar a cabo la actuación precisa.

6 Bibliografía

. Vives Medina Oisis Taimy, Quintana Pereda René, Soto Páez Nuvia. Protocolo de actuación de Enfermería para pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2014 Jun [citado 2023 Ago 05] ; 18(3): 414-429. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext

HYPERLINK "http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000300006&lng=es"&

HYPERLINK "http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000300006&lng=es"pid=S1561-31942014000300006

HYPERLINK "http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000300006&lng=es"&

HYPERLINK "http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000300006&lng=es"lng=es.

2. Rey R.C, Claverie C.S, Alet M.J, Lepera S.M, González L.A. Manejo del accidente cerebrovascular en unidad especializada de un hospital público en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires y su relación con el sistema de atención médica de urgencias. Neurología Argentina. 2018;10(4):225-

231. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-articulo-manejo-del-accidente-cerebrovascular-unidad-S1853002818300648>
Cometto M.C. Manejo de Enfermería en el Accidente cerebrovascular inicial. Enfermería Global. 2005;4(2):1-16. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/>

servlet/articulo?codigo=2004066

Organización Mundial de la Salud. The atlas of heart disease and stroke [monografía en Internet]. Washington: OMS; 2014.

Stroke Unit Trialists' Collaboration. Collaborative systematic review of the randomised trials of organised inpatient (stroke unit) care after stroke. *BMJ*. 1997; 314:1151-1159.

Rodríguez G.E, L.A. González, A.N. Luraschi, L. Melamud, S.M. Lepera, R.C. Rey. Atención del stroke agudo en una unidad de stroke y una sala general. *Neurol Arg*, 2 (2010), pp. 8-13

Massó Betancourt E, Fernández Guindo JA, Macías Bestard C, Betancourt Borges Y. Valoración de algunas teorías de enfermería y la vigencia en la práctica cubana. *Revista Cubana de Enfermería*; jul.-dic. 2008; 24(3-4): 0864-031.

Millin M.G, Gullet T, Daya M.R. Control del accidente cerebrovascular agudo a través del servicio de emergencias médicas: tratamiento extrahospitalario y desarrollo del sistema de accidente cerebrovascular (documento fuente utilizado en la declaración de posicionamiento de la NAEMSP). *PHEC [Internet]*. 2008; 1(2): 189-200. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-prehospital-emergency-care-edicion-espanola--44-articulo-control-del-accidente-cerebrovascular-agudo-13123392>

Martín García M.M. Revisión bibliográfica sobre cuidados enfermeros a pacientes hospitalizados con accidente cerebrovascular. *Enfermería cuidándote [Internet]*. 2022; 5(3):2-12. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8538788>

Abadal L.T, Puig T, Balaguer Vintró I. Accidente vascular cerebral: incidencia, mortalidad y factores de riesgo en 28 años de seguimiento. Estudio de Manresa*. *REC [Internet]*. 2000; 53(1). Disponible en: <https://www.revespcardiologia.org/es-accidente-vascular-cerebral-incidencia-mortalidad-factores-articulo-X0300893200093778>

Donoso Noroña R F, Gómez Martínez N, Rodríguez Plasencia A. Manejo inicial y tratamiento del accidente cerebrovascular isquémico. Una visión futura. Dilemas contemporáneos: educación, política y valores [Internet]. 2021; 8(spe3). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext
HYPERLINK "https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext%26pid=S2007-78902021000500062"&

HYPERLINK "https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext%26pid=S2007-78902021000500062"pid=S2007-78902021000500062

Capítulo 233

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PREPARACIÓN DEL MATERIAL DE UN CATÉTER VENOSO CENTRAL (CVC).

ANA MARIA CIRSTOCEA

1 Introducción

Una de las funciones más importantes del técnico en cuidados auxiliares de enfermería o TCAE es la de la preparación del material para innumerables técnicas, y una de ellas, es la de preparar todo lo necesario para la colocación de un catéter venoso central (CVC).

También, es posible, que, bajo ciertas circunstancias, deba asistir en el campo estéril, apoyando la técnica y proporcionando los materiales necesarios para dicho protocolo.

El catéter venoso central se define como aquella técnica médica que se realiza para administrar gran volumen de líquidos en la sangre, una vía periférica de poco calibre no soportaría la presión y la cantidad de sueros, por lo que se precisa una de vena de mayor calibre para poder soportar su paso.

Pero el CVC no solo sirve para eso, si no, que también, facilita una mejor monitorización, permite la alimentación por vía parenteral y proporciona una infusión de líquidos por mayor periodo de tiempo, la toma de muestras de sangre sin necesidad de múltiples pinchazos, la facilidad de la infusión de medicamentos más irritantes como la quimioterapia, etc.

La sonda del catéter es de dimensiones mayores a las de una vía periférica común, ya que donde se realiza la técnica es en venas, como he comentado anteriormente, de mayor calibre, tales como:

- Vena subclavia (localizada a nivel de la clavícula).
- Vena yugular interna (localizada en el cuello).
- Vena femoral (localizada en la zona de la ingle).

El CVC se utiliza en unidades donde se precisan cuidados más intensivos como la UCI, quirófano o urgencias.

En este capítulo, hablaremos del procedimiento de preparación del material que se va a necesitar para colocar un CVC, y el protocolo de actuación.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo son:

- Conocer los materiales a preparar para la colocación de un catéter venoso central (CVC).
- Comprender la importancia del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el apoyo a esta técnica.

3 Metodología

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

4 Resultados

Antes de comenzar con los materiales que se van a necesitar y los cuales el TCAE deberá preparar antes del procedimiento, es indispensable recordar que quien realiza el procedimiento será el médico especialista (intensivista, internista, etc.) pero, es de vital importancia que cada profesional presente conozca la técnica.

Los materiales necesarios son:

1. Gasas y compresas estériles.
2. Povidona yodada.
3. Paños estériles (3 unidades).

4. Equipo de cura estéril (pinzas).
5. Seda, bisturí y aguja curva.
6. Equipo de catéter venoso central.
7. Catéter de subclavia, yugular o femoral, de dos o tres luces (vías).
8. Suero con sistema ya purgado.
9. Guantes y bata estériles.
10. Llave de tres pasos.
11. Anestésico local.
12. Suero fisiológico de 100 ml en cristal.
13. Jeringas de 5 y 10 cc.
14. Aguja intramuscular.
15. Apósito estéril.
16. Rodillo para apoyo (sábana enrollada).
17. Muletones.

Una vez que el material se encuentra preparado, deberemos comentar al paciente lo que se le va a hacer, siempre debemos tranquilizarlo y mostrar la mayor calma y empatía posible.

Colocaremos al paciente en decúbito supino si no puede hacerlo por sí solo con ayuda del celador, o le pediremos que colabore en todo lo posible.

Colocaremos su cabeza en hiperextensión y siempre girada hacia el lado opuesto a donde se va a colocar el catéter.

Ayudaremos al médico a realizar el lavado de manos antiséptico, abriendo las gasas estériles para que se seque, le proporcionaremos la bata y guantes estériles. Nos colocaremos los guantes estériles nosotros también, si fuera preciso para colaborar con el campo estéril, y proporcionaremos al facultativo cualquiera de los materiales que nos reclame, siempre con cuidado de no contaminar la zona ni los materiales estériles.

5 Discusión-Conclusión

La participación del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en este procedimiento es vital para el buen desarrollo de la técnica.

La preparación de los materiales debe realizarse con rapidez y eficacia, garantizando que todos los mencionados están preparados y colocados. De esta forma, se garantiza que no habrá interrupciones en el tiempo en el cual transcurre todo el procedimiento.

La presencia del campo estéril también es fundamental, ya que si el personal de enfermería no pudiera realizarlo por cualquier circunstancia, debemos estar completamente formados para su realización.

La colocación del catéter venoso central es una técnica muy necesaria en ciertos momentos de necesidad de la salud del paciente, por lo que no solo debemos estar formados para dicha técnica, sino también, para saber tranquilizar y acompañar al paciente enfermo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 234

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS. FUNCIONES Y CUIDADOS AL PACIENTE INGRESADO EN URGENCIAS

HELENA LÓPEZ SÁNCHEZ

MARÍA JOSÉ SERRANO RUEDAS

MARÍA INMACULADA SÁNCHEZ DE LAS HERAS POLO

VERÓNICA PLAZA MORENO

RAFAELA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Se entiende por urgencias sanitarias la aparición inesperada de algún problema de salud grave que necesita de atención médica.

En el servicio de urgencias debe trabajar un equipo coordinado, estará formado por médicos, enfermería y Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, celador, técnicos de rayos, técnicos de laboratorios, etc. Se dice que el ingreso en urgencias de un paciente dura desde su llegada hasta su alta y o traslado.

El servicio de urgencias de un hospital o de un centro de salud ,urgencias de atención primaria, es encargado de ofrecer atención , bien médica y o quirúrgica, a todo aquel paciente que necesite inmediatamente los cuidados que allí se prestan a los pacientes que requieren de una atención inmediata. No se necesita cita ,es un servicio abierto 24 horas todos los días de la semana, se puede acudir en cualquier momento.

En el servicio de urgencias muchas existe gran variedad de tipos de pacientes que pueden acudir, por ello dependiendo de la patología o causa que lleve al paciente a acudir al servicio de urgencias , se realizará un triaje, que hará que los pacientes sean clasificados conforme a sus patologías y grado de gravedad que posean. Asi será determinado el orden que corresponde para ser vistos por el equipo de urgencias.

2 Objetivos

Conocer las distintas funciones del técnico auxiliar de Enfermería (TCAE) en el servicio de urgencias de un hospital.

3 Metodología

El TCAE en el servicio de urgencias hospitalarias se encontrará a pacientes con diferentes enfermedades, distintas edades que provocaran situaciones de dolor y de angustia distintas en cada caso, sin embargo el TCAE debe cuidar y ayudar en el proceso de la enfermedad siempre, aportando los cuidados y protocolos en los que se necesite su atención.

FUNCIONES DEL TCAE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

El TCAE debe velar por qué siempre se respete la intimidad del paciente, mantener en secreto las confidencias que se le hagan. Este secreto solo se podría romper si hablamos de una enfermedad que es de declaración obligatoria.Si no se cumple con estos deberes, puede acarrear una responsabilidad civil, y penal. Transportar al paciente, inmovilizado si fuera necesario, prepararle para la exploración que lleve a cabo la enfermería o el equipo médico, ayudando si el paciente no puede colaborar por completo a colocarlo de la forma más óptima para su reconocimiento, procedimiento o técnica que se le vaya a realizar.

Ayudar a recoger las pertenencias , la ropa del paciente si es necesario y el paciente no puede hacerlo por sí mismo, guardando en una bolsa identificada con sus datos personales .

Medir las constantes vitales.El TCAE es un profesional cercano a las necesidades fisiológicas del paciente: recogerá heces,orina, esputo, etc y anotará en la gráfica de constantes vitales el registro de estas.

Limpiar y mantener correctamente el equipo hospitalario de los box en los que se trabaja,asi como el aparataje común de la urgencia.El TCAE también es responsable del instrumental utilizado y su limpieza (enviándolo al servicio de esterilización si fuese necesario), así como de recibirlo después y ordenarlo en los almacenes.

Ayudar a los pacientes que necesiten de la ayuda del TCAE, en la toma de medicamentos por vía oral o rectal, ayudar con su alimentación e higiene,necesidades que tuvieran que ver con las necesidades de eliminación, poner o quitar cuña y botella y facilitar los útiles de higiene necesarios para el aseo.

Se Tramitarán las solicitudes con las muestras del paciente que el médico solicite , de orina, sangre, o de diferentes determinaciones necesarias.

El TCAE, repondrá el material que se necesite, habiendo suficiente para la atención al paciente.

El TCAE ayudará al personal de enfermería en todas las técnicas, procedimientos o acciones en las que necesite la ayuda del TCAE para realizarlo de la forma mas fácil. por ejemplo al colocar sondas, administrar medicamentos, realizar una movilización, calmar al paciente, preparar material para haber técnicas etc.

El TCAE debe hacer una buena gestión de los residuos sanitarios, conociendo cuál es el contenedor utilizado en cada caso.

El TCAE cuando surja un alta ,un traslado de un paciente, debe dejar el box o la sala preparados para recibir a un nuevo paciente, encargándose de llamar al servicio de limpieza, limpiando y reponiendo el material utilizado y preparando el box de urgencias para recibir un nuevo paciente.

4 Resultados

El equipo de Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería ,del servicio de urgencias hospitalarias , debe ser un personal que se implique y esté formado para actuar en las distintas situaciones de urgencias, conociendo sus funciones e implicarse con el resto de profesionales sanitarios en la ejecución de las técnicas y procedimientos que se hagan al paciente.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe saber mostrar y transmitir al paciente, seguridad, confianza y tranquilidad . El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería prestará cuidados que muestren humanización en los cuidados y no pierdan la dignidad del paciente.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe actuar de forma unida al resto de profesionales, equipo de enfermería, todos los facultativos que prestan atención en la unidad de urgencias, celadores, incluso equipo de personal administrativo que trabaja en la admisión de urgencias, todos con el trabajo en equipo, para conseguir una evolución positiva del estado del paciente.

El servicio de urgencias hospitalarias es un servicio que presta una atención integral, por lo que atiende todo tipo de especialidades, atendiendo facultativos de distintas especialidades como, por ejemplo, especialidades ginecología, endocrinólogo, otorrinolaringología, maxilofacial, oftalmológica, traumatología, medicina interna, urología, etc

El servicio de urgencias hospitalarias atiende todo tipo de ingresos con una variedad enorme de patologías y rango de edades para trabajar de forma organizada, el equipo de enfermería en la sección de triaje, hará una valoración primera que ayudará a seguir un orden en la atención con prioridad y estados de gravedad del enfermo. También pueden ser derivados enfermos del servicio de urgencias de atención primaria o pacientes derivados de su médico de atención primaria, que evalúen al enfermo y puedan considerar ser trasladados a las urgencias hospitalarias para su atención médica, diagnosticar, tratar y evaluar de forma eficaz y rápidas las necesidades de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico Cuidados Auxiliar de Enfermería, forma parte del equipo de profesionales sanitarios que prestan atención en el servicio de urgencias hospitalarias.

El Técnico en Cuidados auxiliares de enfermería debe cumplir con sus funciones, así contribuirá a que se cumplan los protocolos que existen en el servicio de urgencias y se ofrecerá al paciente unos cuidados de calidad.

Las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el servicio de urgencias hospitalarias, son muchas, no están muy bien definidas, a veces dependen del hospital en concreto en el que se trabaje, son amplias y a veces no concretas, sin embargo la figura del TCAE es de primordial importancia para un buen funcionamiento del servicio.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe reconocer la prioridad de las tareas, dependiendo de las necesidades del servicio y de los pacientes.

6 Bibliografía

- 1.La importancia del TCAE en el servicio de urgencias. Revista para oposiciones médica electrónica .
- 2.Revista. (2021). Funciones del TCAE en el Servicio de Urgencias. Ocronos-Editorial Científico-Técnica. <https://revistamedica.com/funciones-tcae>
- 3.Temario mad para oposiciones TCAE
- 4.<https://www.campustraining.es/noticias/auxiliar-enfermeria-funciones-urgencias/>

Capítulo 235

MEDIDAS DE AISLAMIENTO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PACIENTES CON ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

HELENA LÓPEZ SÁNCHEZ

MARÍA JOSÉ SERRANO RUEDAS

VERÓNICA PLAZA MORENO

MARÍA INMACULADA SÁNCHEZ DE LAS HERAS POLO

RAFAELA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Se conoce como aislamiento hospitalario al conjunto de normas y procedimientos que hay que seguir para evitar la propagación de infecciones dentro de las distintas estancias y servicios hospitalarios.

El fin de los aislamientos hospitalarios será disminuir el riesgo de infección, para el paciente, así como para el personal sanitario y visitas del paciente, y evitar el aumento de infecciones nosocomiales.

El aislamiento hospitalario tiene tres principios fundamentales: el mecanismo de transmisión del agente patógeno, conocer el objetivo del aislamiento, y prevenir

los riesgos de infección entre pacientes, del paciente a los profesionales sanitarios y de los profesionales sanitarios al paciente.

Las medidas de prevención que se ponen en marcha en los hospitales ante las infecciones asociadas a la atención sanitaria, son de mucha importancia por la elevada mor mortalidad y el gran coste económico que representan.

La mayor dificultad para poner en práctica los diferentes tipos de aislamientos es la aparición constante de nuevos patógenos y también la resistencia de algunos microorganismos que hacen necesario estar continuamente con revisiones y actualizaciones de los protocolos y estudio de las enfermedades. El concepto clásico de medidas de aislamiento ha dado paso al concepto de precauciones

Las medidas generales del aislamiento hospitalario se enfocan en:

- Impedir la transmisión del agente infeccioso.
- Disminuir la incidencia de infección nosocomial.
- Prevenir los brotes.
- Mantener la calidad en la atención hospitalaria.

La cadena epidemiológica es el conjunto de elementos o eslabones que se precisan para que ocurra una enfermedad transmisible.

2 Objetivos

Conocer las medidas de aislamiento del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en pacientes con enfermedades transmisibles.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 fases de enfermedades transmisibles son:

- Periodo incubación: entrada de microorganismo y comienzo de aparición de síntomas.
- Período Prodrómico: aparición de signos y síntomas inespecíficos.

- Periodo Clínico: signos y síntomas específicos, se produce el diagnóstico.

La forma de presentación de una enfermedad transmisible puede ser:

Esporádica: número de casos aislados en un tiempo y espacio que no tienen relación entre sí.

Endémica: presencia habitual en una zona geográfica que es determinada.

Epidemia: la incidencia de casos supera la frecuencia que es esperada.

Endoepidemia: endémica en la que se dan de vez en cuando brotes.

Pandemia: tiene afectación mundial traspasa fronteras.

La cadena epidemiológica de una enfermedad transmisible se compone de una

1.FUENTE DE INFECCIÓN,

2.MECANISMOS DE TRANSMISIÓN:

-Transmisión directa:

*Por Contacto(sexual, mucosas, manos, intraparto *Por contacto indirecto.

*Por mordeduras

*Trasplacentaria

*Arañazos

*Aérea.

-Transmisión indirecta: por aire, agua, alimentos, suelo, fómites, artrópodos, etc.

3. HUÉSPED SUSCEPTIBLE

Las enfermedades transmisibles tienen diferentes mecanismos de transmisión, así para evitar la propagación se distingue entre Los siguientes tipos de aislamiento:

Estricto.

Protector/inverso/de barrera inversa.

Respiratorio.

Entérico.

Cutáneo-Mucoso.

Aislamiento estricto: Es el más severo. Se aplicará en pacientes con enfermedades muy contagiosas y que se puedan transmitir por contacto directo, por vía aérea o a través de la piel, fuentes, por Ejemplo Peste, Ébola y etc.

En este aislamiento el TCAE utilizará:

Lavado De manos

Mascarilla

Bata

Guantes

Aislamiento Protector, inverso o de barrera : Se utiliza en pacientes inmune deprimidos, trasplantados y con susceptibilidad de padecer una infección. Por ejemplo en Leucemia, Prematuros y etc.

En este aislamiento el TCAE utilizara:

Lavado de manos

Mascarilla

Bata

Guantes

Gorro

Calzas

Aislamiento Respiratorio: Se utiliza en pacientes con alguna enfermedad transmisible por vía aérea. Por ejemplo, tuberculosis pulmonar, neumonía tos ferina, sarampión, etc.

En este aislamiento el TCAE utilizará:

Lavado de manos

Mascarilla

Guantes

Aislamiento Entérico: Se utiliza en pacientes con enfermedades que se transmiten a través de las heces, por contacto directo o indirecto. Por ejemplo, gastroenteritis, cólera, etc.

En este aislamiento el TCAE utilizará;

Lavado de manos

Bata

Guantes

Aislamiento cutáneo: Se utiliza en pacientes con enfermedades infecciosas que se transmiten por contacto directo a través de heridas, secreciones, quemaduras infectadas, etc.

Los profesionales sanitarios deben tener precauciones generales que consisten en programas de vacunación, medidas de higiene individual, protección frente a los elementos que puedan dañar al profesional, como objetos punzantes y también desinfección y esterilización del instrumental.

Los protocolos hospitalarios de aislamientos en las enfermedades transmisibles han de cumplirse rigurosamente. Existen diferentes tipos de aislamientos. La utilización de cada uno dependerá de la enfermedad en la que se vaya a utilizar.

Es importante explicar al enfermo cuando se le vaya a poner cualquier tipo de aislamiento, los motivos por lo que se debe llevar ese aislamiento por el enfermo y a sus familiares y cuales son las características del aislamiento elegido. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería aplicará las medidas de aislamiento indicadas en cada caso.

Es importante tener precauciones para evitar y controlar la transmisión de enfermedades.

La protección de la salud a veces queda en debate porque la población puede exigir unos derechos.

Los aislamientos que se les pueden poner a los pacientes con enfermedades transmisibles no tienen como objetivo el beneficio del paciente aislado sino el de los demás pacientes. Para respetar el principio de autonomía del paciente ingresado, los facultativos deben informar a sus pacientes, dar detalles con respecto de su enfermedad.

Existen estudios que dicen que el aislamiento conlleva riesgos para el paciente. Un ejemplo de un riesgo negativo del aislamiento, era que tenía un impacto en el estado de ánimo del paciente, siendo negativo, puede desarrollar ansiedad o miedo. Sin embargo, los profesionales sanitarios deben considerar la importancia de proteger y promocionar la salud utilizando los aislamientos si es necesario pero también considerando los derechos del paciente y evitar vulneraciones de los derechos de las personas afectadas, como las consecuencias de la aplicación de las precauciones de aislamiento. Para ello es fundamental la formación y concienciación de los profesionales que prestan una atención sanitaria directa y la realización de un abordaje individualizado de cada situación que requiera las medidas de aislamiento.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario para unas correctas medidas de aislamiento, conocer y utilizar adecuadamente los protocolos hospitalarios que existen en cuanto a medidas de los distintos aislamientos.

Así el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería conocerá todas las medidas de aislamiento necesarias en cada situación y contribuirá al control de las enfermedades transmisibles junto al resto del equipo de profesionales sanitarios. La formación continuada será necesaria por parte del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería para ser un profesional formado.

En las hospitales existen unidades de medicina preventiva, se encargarán de llevar un control y de facilitar las medidas de aislamiento concretas.

6 Bibliografía

1. Guía de aislamiento para pacientes con infecciones transmisibles. Hospital Valle del Nalón, Asturias: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2007.
2. Libro de oposiciones TCAE de editorial círculo rojo.

3. Libro de oposiciones de editorial MC Graw Hill. <https://revistamedica.com/guia-practica-para-tcaes-infecciones-transmisibles/amp/>.

Capítulo 236

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA, PRIMEROS AUXILIOS EN DIFERENTES SITUACIONES DE URGENCIAS Y EMERGENCIA

HELENA LÓPEZ SÁNCHEZ

MARÍA INMACULADA SÁNCHEZ DE LAS HERAS POLO

VERÓNICA PLAZA MORENO

MARÍA JOSÉ SERRANO RUEDAS

RAFAELA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Los primeros auxilios son el conjunto de actuaciones y técnicas que permiten la atención inmediata de una persona accidentada, que ha sufrido una lesión o una enfermedad repentina hasta que llega la asistencia médica profesional evitando así que las lesiones que ha sufrido no empeoren y conlleven a un empeoramiento del paciente, evolucionando así de forma positiva.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) debe saber reconocer la necesidad de poner en marcha un protocolo de primeros auxilios, en una situación de urgencia.

La conducta PAS son las siglas de: “Proteger, Alertar y Socorrer”, describe la secuencia de acciones a seguir cuando se enfrenta a una emergencia médica.

Proteger: asegurar la seguridad del área y de la persona lesionada o enferma. Hay que evitar que la situación empeore o que otras personas resulten heridas.

Alertar: cuando se ha asegurado la seguridad del área, se contactará con los servicios de emergencia o pedir ayuda.

Socorrer: se proporcionarán los primeros auxilios necesarios. Evaluar la situación y se dará el tratamiento adecuado, dependiendo de la gravedad de la emergencia.

Los primeros auxilios incluyen procedimientos como la evaluación inicial de la persona, el control de hemorragias, la administración de respiración artificial y RCP (Reanimación Cardiopulmonar), la atención de lesiones comunes como quemaduras, fracturas, cortes, entre otros.

También pueden incluir medidas de prevención de enfermedades contagiosas o la realización de evacuaciones de emergencia.

2 Objetivos

Conocer las funciones del TCAE en primeros auxilios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 debe saber manejar la situación de emergencia, mantener la calma y la tranquilidad en situaciones de emergencia, es importante no mover al paciente afectado si no es absolutamente necesario. Los primeros auxilios siempre que se pueda se realizarán en el lugar donde se encuentra el paciente, salvo que no se pueda acceder a la ubicación. Hay que asegurar la seguridad de la zona y de las personas cercanas a la situación de emergencia.

Los conocimientos en primeros auxilios son básicos, fundamentales y necesarios. Deben ser conocidos por todo el personal sanitario así como por el TCAE que debe tener una correcta formación en primeros auxilios, pero en ningún caso sustituyen la atención médica. Se debe pedir ayuda médica profesional después de proporcionar los primeros auxilios, porque algunas lesiones, enfermedades o accidentes pueden necesitar atención especializada.

La secuencia correcta en primeros auxilios será proteger, alertar y socorrer.

En resumen el TCAE debe actuar con rapidez y debe conservar la calma.

Evitará las aglomeraciones.

Sabrá imponerse.

No debe mover a la persona herida, accidentada o enferma salvo que sea imprescindible.

Se realizará un traslado adecuado.

No se le dará ni de beber ni de comer. Tampoco medicación.

Tranquilizar al herido.

Existen muchas situaciones en las cuales se prestan primeros auxilios, por ejemplo, los mas frecuentes pueden ser:

Accidentes, quemaduras, intoxicación, incendio, heridas, hemorragias, electrocución, atragantamiento, reanimación cardiopulmonar, fracturas, crisis epilépticas, hipoglucemias, etc.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE debe conocer las técnicas en primeros auxilios, conocer y saber detectar una situación urgente, actuar de forma rápida que hará que aumenten las posibilidades de éxito o mejora en la recuperación del paciente incluso asegurar. Es importante recordar que la rapidez en la actuación es fundamental para aumentar las posibilidades de supervivencia de la persona afectada.

La formación continuada en primeros auxilios hará que la labor del TCAE sea eficaz y actualizada, ofreciendo así una actuación de calidad.

Buscar la ayuda de profesionales médicos lo antes posible evitara un agravamiento de la situación.

Las situaciones de emergencias y las situaciones de urgencias necesitan atención con carácter prioritario. Se diferencian por la gravedad y por las consecuencias que tendría en el paciente si no se actúa con rapidez.

Las emergencias son situaciones críticas y pueden ser mortales, necesitan una actuación inmediata para evitar las consecuencias graves.

6 Bibliografía

1. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/primeros-auxilios-rcp-basica/>.
2. <https://tcae.com.es/tema-tcae-primeros-auxilios-y-actuaciones-en-de-urgencia/>.
3. <https://www.mayoclinic.org/es/first-aid/first-aid-burns/basics/art-20056649>.
4. www.google.com.
5. <https://www.maz.es/maz-salud/paginas/primerosauxilios.aspx>.

Capítulo 237

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS CUIDADOS DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS EN NIÑOS (BRONQUIOLITIS)

YOANA MUÑOZ CÓRDOBA

PEDRO ANTONIO DONOSO VALLE

ROCÍO GÓMEZ CAMACHO

CARMEN GÓMEZ SÁNCHEZ

MARÍA JOSÉ PASAMONTES MARTÍN

1 Introducción

La bronquiolitis es un proceso viral causado por el virus respiratorio sincitial (VRS), aunque hay otros virus que lo pueden causar pero con menos frecuencia como el Rinovirus y adenovirus (este último en algunas cepas de estos virus pueden causar diarreas y vómitos en niños) que da lugar a la inflamación de los bronquios y bronquiolos distales. Se ha visto que este tipo de afección existe alguna que otra discrepancia debido a que la clínica no es igual en lactantes que en niños de una edad avanzada, por eso la mejor forma de poder referirse a esta patología es decir enfermedad sibilante de edad temprana con signos y síntomas de

infección pulmonar aguda. La época a la que se suele instaurar esta patología es en el invierno y es donde más camas de hospitalización se encuentran ocupadas por esta infección, aunque se ha visto casos aislados en épocas de primavera y verano; atendiendo un porcentaje alto de niños menores de un año en los servicios de urgencias con la incidencia en niños prematuros, niños con problemas cardiacos y la inmunodeficiencia está más asociado a una forma más grave de bronquiolitis al igual que en niños con parálisis cerebral y malformaciones congénitas. Aunque la mortalidad es muy baja; la morbilidad es más acusada alrededor del 20% dando lugar a más episodios o infecciones por el Virus Respiratorio Sincitial (VSR) en los primeros años de vida y otro 80% es atendido de forma ambulatoria. Tiene una duración de siete a doce días de evolución, continuando con fiebre elevada, disnea, sibilancias, Rinorrea y tos a veces sin expectoración de moco. El diagnóstico es puramente clínico y de laboratorio, confirmando éste último el diagnóstico. El personal de Enfermería o el personal médico debe de alertar a la familia por el posible contagio que pueda haber entre los miembros. Cuando el paciente llega a las urgencias de pediatría lo más importante que el personal de Enfermería establezca al paciente, midiendo la saturación de oxígeno y administrar pauta de fármacos como pueden ser broncodilatadores en forma de nebulizadores o aerosoles, dependiendo de la edad del paciente, así como la administración de oxígeno.

En casos más graves se ve la necesidad de aspiración de secreciones o la utilización de ingresar al paciente en la Unidad de Cuidados Infantiles, ya que el niño puede llegar a urgencias con una bronquiolitis estable o inestable.

En las bronquiolitis estables la Enfermera y la técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) valorarán la necesidad de aspirar las secreciones del niño, dependiendo también de la saturación de oxígeno que éste tenga, y la colocación de mascarilla de reservorio según pauta medica en las inestables se aspiraran secreciones con probabilidad de producir cuadros de fallo cardiorrespiratorios e hipoventilación con probabilidades de pasar de la cámara de oxígeno a otros medios de ventilación no invasiva. Es importante la observación del paciente acerca de la respuesta que se obtiene después del tratamiento, valorando si el paciente esta somnoliento o estuporoso si tiene tos repetitiva, si hay moco en la expectoración...etc. Por último hay que comentar que dentro de las pruebas complementarias que se deben hacer a parte de la radiografía de tórax, es una tira de orina por posible coinfección de microorganismos en orina, pudiendo dar lugar a infecciones urinarias siempre y cuando el niño tenga fiebre muy elevada.

2 Objetivos

- Conocer los cuidados que se le deben de dar a este tipo de pacientes para aliviar los síntomas y los signos que preceden a la patología, intentando mejorar la calidad de vida en los niños.
- Saber qué recomendaciones se deben de dar para la prevención y la curación de esta infección, la cual pueden dar lugar a manifestaciones más graves.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 deberá de saber cuáles son los cuidados de enfermería como los cuidados básicos que se deben de brindar a los niños con este problema, ya que la bronquiolitis se puede complicar y dar lugar a otros posibles cuidados más especializados, como la unidad de cuidados intensivos (UCI). Dicha patología es un grave problema porque hay una morbilidad elevada en niños que puede dejar secuelas sino se atiende, por eso el personal de enfermería debe saber actuar en cada caso, proporcionando los cuidados necesarios para que no haya complicaciones, por eso es importante que se haga un diagnóstico diferencial con respecto a otras patologías infecciosas respiratorias. Es importante que el niño se le tome las constantes vitales para ver si tiene fiebre como también se le hará la toma de la saturación de oxígeno para medir la cantidad de oxígeno que circula en sangre para así poder comunicarlo al facultativo y que este pautе los litros por minuto que necesita del mismo, no obstante la vigilancia y la observación del niño a la llegada de las urgencias de pediatría observaremos una disnea clara sin necesidad a veces de auscultación, en la mayoría de los casos no se necesita hospitalización debido al tratamiento instaurado en urgencias y en otras ocasiones dependiendo de la valoración médica y de algunas pruebas complementarias puede dar lugar a la hospitalización. La gran mayoría de las veces el niño vuelve a casa con los padres después de aportar los cuidados necesarios, dando las recomendaciones a los padres que las gotitas de Fluggüe y los

núcleos goticulares de Wells pueden dar lugar al contagio por vía aérea, lo que es necesario que en el domicilio utilicen mascarilla y lavado de manos higiénico. La bronquiolitis es una infección autolimitada eso quiere decir que como entra el virus se marcha, pero a veces puede dar lugar a daños que pueden cursar con el agravamiento del niño. Gracias a los tratamientos que se pautan a los niños y a las recomendaciones a los padres se llega a restringir dicha infección.

5 Discusión-Conclusión

Gracias al personal médico y de enfermería y a los cuidados que presta en este tipo de enfermedad respiratoria infecciosa por el Virus Respiratorio Sincitial productor de la bronquiolitis el paciente en la gran mayoría de los casos puede volver a casa y seguirlos ambulatoriamente por su pediatra de zona siempre y cuando se restablezca su salud. La bronquiolitis supone una morbimortalidad que aunque no llega a ser muy alta pero puede dejar secuelas en los niños y repeticiones de la misma infección respiratoria. El tratamiento va dirigido a abrir la vía aérea mediante broncodilatadores mezclados en aerosolterapia y además la administración de oxígeno según pauta médica es decir a aliviar la sintomatología que el niño tiene en esos momentos, en los casos más graves de estas infección se hace efectiva la ventilación mecánica no invasiva como el Bipap. La información que se les da a los padres en estos casos es de prevención de contagios, contando con el uso de mascarillas quirúrgicas así como el lavado de manos higiénico en el domicilio para que no haya inoculación del virus a otros miembros de la familia o a ellos mismos. La prevención es una de las cosas más importantes tanto para la familia como para el propio niño, ya que es un problema de salud pública que se debe de controlar. Las vacunas no son efectivas para este tipo de infección y se ha visto que erradicarla es difícil porque la vacuna aun no es segura para el paciente.

6 Bibliografía

1. Actuación en el tratamiento del VSR. Neumología Pediátrica, 2016 - neumologia-pediatrica.cl.
2. Factores asociados a las causas de Bronquiolitis. Revista Archivo Médico de Camagüey, 2019 - medigraphic.com.
3. Prevención del VSR en niños con edad escolar. Editorial Masson. 2017.
4. Actualización en pacientes con Bronquiolitis. Atalaya Médica..., 2016 - dial-net.unirioja.es.

5. Protocolos de actuación ante la Bronquiolitis grave. Pediatría Integral, 2016 - pediatriaintegral.es.

Capítulo 238

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PORTADORES DE SONDA DE GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA (PEG)

YOANA MUÑOZ CÓRDOBA

PEDRO ANTONIO DONOSO VALLE

ROCÍO GÓMEZ CAMACHO

CARMEN GÓMEZ SÁNCHEZ

MARÍA JOSÉ PASAMONTES MARTÍN

1 Introducción

Llamamos sonda PEG (Gastrostomía Endoscópica Percutánea) a un dispositivo que se inserta en el estómago con la ayuda de un endoscopio o bien por cirugía, este tipo de sonda se implanta en el estómago directamente cuando las posibilidades de la nutrición enteral por sonda nasogástrica o porque no pueden comer

por boca son inviables para llegar al estómago y proporcionarle una nutrición correcta y equilibrada debido a problemas como neoplasias del esófago y de garganta, enfermedades degenerativas como el Alzheimer o bien por deglución de cáusticos. Pues bien la sonda PEG es un tubo de materiales diversos (silicona, polivinilo...) el cual lleva incorporado tres luces en la gran mayoría de los casos: una primera luz para introducir medicación (no se encuentra en todas sondas PEG), segunda luz para introducir la alimentación y una tercera para insuflar el balón que va hacer de tracción. Es una técnica que la realiza el facultativo en la especialidad de digestivo, con ayuda de un endoscopio (mediante la sedación y anestesia local), se introduce por boca, esófago y al llegar al estómago gracias a la luz del endoscopio por transluminación, una vez visto la luz del mismo se procede a inyectar un anestésico local se realiza una incisión dando lugar a través de unas pinzas el extraer un trozo de estómago que hará de estoma, que será por donde se introducirá la sonda PEG conectándola al disco que quedará ajustada a la piel pero no apretada ni pegada a la piel ni al periestoma. A través de este dispositivo se introduce la alimentación como líquidos y medicamentos que el paciente no puede deglutir por la situación patológica que les acompaña, para la mayoría de los pacientes les proporciona una excelente calidad de vida. Con respecto a su alimentación, es cierto que este tipo de sonda puede ser permanente o temporal cuando se prevé que la enfermedad sea reversible o dependiendo de la situación patológica del paciente, por regla general se hace mediante endoscopia, pero otras veces no es necesario hacerlo por la técnica de endoscopia, las sondas permanentes se realizan cuando la patología es irreversible y cuya tiempo de vida va a ser superior a seis meses. Antes de insertar este tipo de sonda hay que tener en cuenta la motilidad intestinal es decir que haya un buen peristaltismo intestinal porque de lo contrario el facultativo tendría que tomar otro tipo de decisiones para alimentar al paciente en esas circunstancias. Las complicaciones son algunas pero de poca transcendencia aunque debe haber una serie de cuidados para que no se infecte el estoma que porta el paciente, por eso el personal de enfermería debe de cuidar tanto en la limpieza del mismo (estoma) y que no se produzca obstrucción de la sonda, como de la consistencia del alimento, que se vigile el balón de tracción de la sonda y que este bien anclado y que el anillo no produzca úlceras yatrogénicas. Las complicaciones más graves son aquellas que se producen por peritonitis.

2 Objetivos

Conocer las funciones del TCAE en los cuidados de la sonda PEG.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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

Todo el personal de enfermería, debe conocer la técnica y los cuidados que se va hacer a la hora de proceder a los mismos, por eso también debemos conocer las ventajas y las complicaciones que la sonda PEG tiene.

Ventajas

- Son muchas las ventajas que la sonda PEG tiene para el paciente ya que puede permanecer durante mucho tiempo inserta sin ninguna complicación al respecto, es cierto que se debe de cambiar durante cierto tiempo en caso de obstrucción y para evitar infecciones periestoma.
- Menos problemas como sinusitis o reflujo gastroesofágico, neumonías aspirativas, de fácil manejo para el paciente y para el personal de enfermería, así como el poder esconder entre la ropa la sonda para que psicológicamente el paciente no se vea afectado por eso. La alimentación es mucho más fácil de administrar aunque se debe lavar antes y después de cada toma.

Complicaciones:

- Hay que tener cuidado en caso que el paciente tenga distensión abdominal o presente fiebre o abdomen agudo.
- Salida de la sonda PEG en caso de pacientes desorientados o agitados debido a tirones de la misma sonda.
- Infecciones del estoma o periestoma.
- Obstrucción de sonda o rotura de la misma.
- Íleo paralítico (ya que necesitamos que el aparato digestivo tenga su motilidad gastro-intestinal).

En los cuidados básicos de enfermería en la cual está implicada la Enfermera y el TCAE se debe tener en cuenta una serie de requisitos:

- Antes de proceder al cuidado de la misma sobre todo del estoma, nos lavaremos las manos y nos pondremos guantes.
- Se rotará la sonda en el estoma todos los días para evitar úlceras yatrogénicas, durante al menos una semana.

- No debemos de olvidar que se debe lavar la sonda con agua tanto al principio como al final de cada toma o cuando la utilizemos para administrar medicación, sin olvidarnos de la higiene bucal del paciente en cada momento porque aunque no se use en la masticación se debe mantener siempre limpia e hidratada.

Con los cuidados del estoma: tanto la Enfermera como la TCAE deberá observar el color, si hay drenaje sanguinolento, pus u otras alteraciones que puedan llamarnos la atención, todo esto se hace en los primeros días después de haber insertado la sonda, el resto de los días el estoma se continuará como el resto de cuidados tanto si la sonda va a ser permanente como si es temporal. La antisepsia se hará con suero fisiológico y con clorhexidina alrededor del periestoma y se secará bien la zona.

Cuidados de la sonda:

- Limpiaremos todos los días las luces de la sonda PEG, con gasas estériles impregnadas con algún antiséptico.
- Movilizaremos la sonda al paso de cuando estemos limpiando la sonda.
- Nos cercioraremos de que la sonda se encuentra permeable antes de dar el alimento, si el paciente tiene bomba de nutrición continua, se detiene la bomba y se administra agua cada cierto tiempo (cada 3 ó 4 horas).

En definitiva hay que decir que los cuidados que se realizan son muy similares a cualquier dispositivo de drenaje que se encuentra colocado en otra parte del cuerpo.

5 Discusión-Conclusión

El paciente portador de sonda PEG va a necesitar un plan individualizado de cuidados que será necesario para cada paciente ya que cada persona tendrá una serie de necesidades. Gracias a sonda PEG se ha conseguido un avance en la nutrición enteral para este tipo de alimentación, desde hace muchos años fue una de las técnicas que más se utilizó para pacientes paliativos pero hoy en día es una técnica más y con grandes beneficios para la persona, por eso el plan que se hace individualizado corresponde a las necesidades que el paciente tiene en esos momentos de su enfermedad dando lugar a averiguar cuáles son los problemas de salud que tienen el paciente. Algunos pacientes orientados en espacio y tiempo se le deben dar una serie de recomendaciones para el cuidado de la misma y el enseñar a cómo cuidarla, esto se refiere a los pacientes domiciliarios. El llevar como portador una PEG psicológicamente puede ocasionar aislamiento en pacientes conscientes y de bajada de autoestima otros en cambio a los que se les inserta este dispositivo no se encuentra psicológicamente alertados u orien-

tados lo que no supone una problemática para ellos el llevarlas puesta. Aun así todo paciente se les debe dar un continuado cuidado y revisiones periódicas de la misma para la prevención de posibles problemas en un futuro. Otra de las cosas que habría que destacar se-ría la formación y actualización de todo el personal de enfermería en la puesta en marcha de dichos dispositivos con el objetivo que puedan aprender a manejar dichas situaciones que el paciente pueda tener a la hora de complicaciones de la misma, con los conocimientos que se de-ben de adquirir y de actualizarse. Aunque es una técnica sencilla para la administración de alimentos y de medicación es de bajo coste eco-nómico.

6 Bibliografía

1. Procedimientos de enfermería ante los cuidados de la sonda PEG. FG Sánchez - Medicina Clínica, 2019 – Elsevier.
2. Técnicas Básicas de Enfermería. Editorial Mc Graw Hill. 2017.
3. Necesidades de los pacientes portadores de sonda PEG. Revista Nutrición Clínica y Dietética..., 2018 - revista.nutricion.org.
4. Sondas de alimentación en pacientes con demencia avanzada. Re-vista Clínica de..., 2013 - SciELO España.
5. Programas de educación sanitaria para el cuidado de la sonda PEG. 2017 - repositorio.uam.es.

Capítulo 239

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON *HELICOBACTER PYLORI*

YOANA MUÑOZ CÓRDOBA

PEDRO ANTONIO DONOSO VALLE

ROCÍO GÓMEZ CAMACHO

CARMEN GÓMEZ SÁNCHEZ

MARÍA JOSÉ PASAMONTES MARTÍN

1 Introducción

Cuando hablamos de *Helicobacter Pylori*, estamos hablando de una infección bacteriana que se produce en el estómago con una serie de manifestaciones clínicas como gastritis, úlceras gástricas de la parte superior del duodeno, dando lugar en algunos casos a neoplasias de estómago. La bacteria vive en la mucosa gástrica y con forme se va desarrollando ésta da lugar a cicatrices de la mucosa y por el ácido del estómago (Ácido clorhídrico) da lugar a las típicas erosiones ulcerosas. No todas las personas llegan a desarrollar úlceras gástricas, debido a que se diagnostica y se pone el tratamiento preciso para que esto no ocurra, hay que decir que un porcentaje del 10 al 15% de las personas, el tratamiento para erradicar el *Helicobacter*

Pylori para algunas personas no son respondedoras al mismo, lo que supone un cambio en el tratamiento erradicador que durará aproximadamente entre 10 y 15 días, o bien cambiando de antimicrobiano por otro más específicos. Existe una prevalencia muy alta de aproximadamente un 51% aumentando aceleradamente con la edad del paciente y existiendo grandes diferencias en los países desarrollados como en los subdesarrollados, sin embargo la incidencia presenta una gran variabilidad dependiendo de las situaciones económicas de la población como de las medidas de higiene de potabilización del agua, higiene en la alimentación, lavado de manos. Este tipo de infección se llega a contraer en la infancia y perdura durante toda la vida con la persona hasta que da los primeros signos y síntomas de la enfermedad como son: molestias en el estómago tipo pirosis, dolor del estómago que da lugar aún empeoramiento más agudo con el estómago vacío, emesis, anorexia, astenia, distensión abdominal y pérdida de peso. El diagnóstico se puede realizar siguiendo la anamnesis y las pruebas de laboratorio acerca del antígeno de *Helicobacter Pylori* en las heces, y la prueba del test de aliento con urea marcada, ya que esta bacteria tiene la facilidad de descomponer la urea y convertirla en ureasa, que es lo que se evidencia en este mismo test.

2 Objetivos

Conocer las funciones del TCAE en los pacientes con *Helicobacter Pylori*.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 bacteria *Helicobacter pylori* se encuentra durante mucho tiempo en el estómago ya que nuestro sistema de defensa no llega a reconocerlo como antígeno porque se encuentra muy escondido en la mucosa gástrica con lo cual pasa desapercibido. Sin embargo podemos citar ciertas vías de transmisión que pueden dar lugar a este tipo de infección como:

- Vía Oral: Se produce al ingerir alimentos mal preparados de forma higiénica como son las verduras y las hortalizas frescas, al igual que ocurre con el agua sino esta potabilizada.
- Vía Fecal: Ocurre cuando la persona se encuentra en presencia de heces fecales contaminadas al igual que ocurre con la Hepatitis A.
- Vía Gástrica: Se produce cuando hay contacto con vómitos de la persona que ha estado infectada o a través de dispositivos con saliva de personas que hayan estado infectadas por *Helicobacter Pylori*.
- La sintomatología es muy variada puede dar lugar a dolores de cabeza, vómitos, diarreas, dolor de estómago, anemia (no evidenciándose claramente en la hemoglobina pero si en los depósitos de hierro y en el hierro sérico), flatulencia, distensión abdominal en cada comida, etc.

En la prevención o profilaxis debemos tener cuidado en:

- Riguroso lavado de manos
- Precaución con el agua que se beba, sobre todo en países subdesarrollados los cuales las medidas higiénicas son deficitarias.
- Prevención en los alimentos crudos así como en los lácteos.
- Higiene bucal ya que el *Helicobacter Pylori* se encuentra entre la saliva y los dientes.
- Evitar el consumo de alcohol y de tabaco.

Todo paciente que este diagnosticado de *Helicobacter Pylori* deberá seguir rigurosamente el tratamiento antimicrobiano que les haya pautado el médico, como en la alimentación.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a los avances del diagnóstico de esta infección silenciosa se ha podido llegar a investigar la etiología de algunas gastritis como el diagnóstico de la úlcera gástrica. En algunos casos, se ha podido hacer una gastroscopia por la patología que presentaba el paciente y se ha obtenido biopsia de la mucosa gástrica dando como resultado esta infección, otros en cambio gracias a la prueba de urea se ha diagnosticado como se ha visto también si se encuentra erradicada la misma o bien mediante el antígeno en las heces se puede evidenciar esta infección. Este tipo de bacteria produce muchas alteraciones a nivel intestinal y gástrico y una gran mayoría de la población se encuentra de forma subclínica aun. En los últimos estudios se ha visto que un gran número de antimicrobianos son efectivos para un gran número de población sin embargo en otros estudios revelan una resistencia importante a los tratamientos erradicadores. Se debe de insistir mu-

cho en prevenir los medios de transmisión de la infección para que no se vea propagada hacia el núcleo familiar. Es importante que toda profilaxis que se haga con respecto a esta infección va a minimizar el contagio, pero también es importante recordarle al paciente que deberá evitar el consumo de alcohol y de tabaco ya que generará complicaciones. Con respecto a la alimentación se tomará una dieta blanda y balanceada cocinando bien los alimentos así como lavar bien verduras y hortalizas. Por último para terminar es importante recordar todos los avances que se han hecho a nivel médico sobre esta infección y la gran mayoría de pacientes que han podido erradicarla.

6 Bibliografía

1. *Helicobacter pylori*. Clínica, Diagnóstico y Tratamiento. Rev. Posgrado. Vía Cátedra de Medicina. 2016.
2. Protocolos de actuación ante enfermedades infecciosas. Editorial Paraninfo 2018.
3. *Helicobacter Pylori*: función del agua y de los alimentos en su transmisión. An. Venez. Nutr. 2020.
4. Factores de virulencia, patología y diagnóstico. Revisión Biomédica 2015.
5. *Helicobacter Pylori*: De la gastritis al cáncer gástrico. 7ª ed. Editora Médica Colombiana S.A., Edimeco S.A; 2018.

Capítulo 240

COMETIDO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA TÉCNICA DE RECOGIDA DE ESPUTO DEL PACIENTE

RAQUEL PIÑERO BLANCO

NURIA ALFARO LA ORDEN

PALOMA GÓMEZ LÓPEZ SERRANO

NOELIA TORIJA GARCIA

M.DOLORES BARRIOS ACEITUNO

1 Introducción

La analítica de esputo es un procedimiento médico esencial utilizado para evaluar las secreciones respiratorias del paciente con el objetivo de diagnosticar y monitorizar diversas afecciones pulmonares y respiratorias. Esta técnica proporciona información valiosa sobre la salud de los pulmones y es crucial en la detección de enfermedades como infecciones pulmonares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma, tuberculosis y cáncer de pulmón.

El proceso de analítica de esputo comienza con la recogida de una muestra de esputo por parte del paciente. Esto implica toser profundamente para expulsar secreciones de las vías respiratorias inferiores en un recipiente estéril proporcionado por el laboratorio. La muestra se etiqueta con la información del paciente y se envía al laboratorio para su análisis.

En el laboratorio, se examina la muestra de esputo bajo el microscopio para identificar células anormales, bacterias, hongos o cualquier otro patógeno. Además, se pueden realizar cultivos para identificar bacterias específicas y pruebas moleculares para detectar ADN viral o genético de bacterias.

La analítica de esputo es una herramienta valiosa para el diagnóstico temprano y el monitoreo de enfermedades respiratorias. Permite a los médicos tomar decisiones informadas sobre el tratamiento y brinda a los pacientes la oportunidad de recibir atención médica adecuada. Además, es especialmente relevante en el contexto de la pandemia de COVID-19, ya que puede utilizarse para detectar el virus en pacientes sintomáticos o asintomáticos. En resumen, la analítica de esputo desempeña un papel crítico en la atención de la salud respiratoria al proporcionar información diagnóstica clave y ayudar en el manejo de las enfermedades pulmonares.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en aquellas tareas e intervenciones que son de su competencia en la recogida de esputo en 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 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 técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeñan un papel crucial en la técnica de recogida de esputo, contribuyendo al diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades respiratorias. Aquí se describen sus funciones clave en este proceso:

Educación al paciente: Los TCAE deben educar al paciente sobre el procedimiento de recogida de esputo. Explican la importancia de la muestra, los pasos necesarios para obtenerla y cómo seguir las instrucciones proporcionadas por el personal de salud. También deben asegurarse de que el paciente comprenda la necesidad de evitar la contaminación de la muestra con saliva o secreciones nasales.

Preparación del material: Es responsabilidad de los TCAE proporcionar al paciente el recipiente adecuado para la recogida de esputo, que debe ser estéril. Aseguran que el paciente tenga acceso a un lugar adecuado y privado para realizar el procedimiento.

Asistencia durante la recogida: Algunos pacientes pueden tener dificultades para producir esputo, especialmente aquellos con afecciones respiratorias graves. Los TCAE deben estar preparados para brindar apoyo físico y emocional, alentando al paciente a toser profundamente para obtener una muestra adecuada.

Etiquetado y registro: Una vez que el paciente ha recogido la muestra de esputo, los TCAE deben asegurarse de que esté debidamente etiquetada con la información correcta, como el nombre del paciente y la fecha y hora de recolección. Además, registran esta información en la documentación médica correspondiente.

Almacenamiento y transporte: Los TCAE son responsables de garantizar que la muestra de esputo se almacene adecuadamente y se transporte al laboratorio dentro del tiempo requerido para mantener su integridad.

Mantenimiento del equipo: Después de cada uso, los TCAE deben desinfectar y esterilizar el equipo utilizado, asegurando que esté listo para su próxima utilización.

La contribución de los TCAE en la técnica de recogida de esputo es esencial para garantizar que se obtengan muestras de alta calidad que sean representativas de la condición respiratoria del paciente. Su trabajo en educación, preparación,

asistencia y manejo adecuado de las muestras es fundamental para el diagnóstico y el tratamiento efectivo de enfermedades respiratorias, lo que a su vez mejora la atención médica y la calidad de vida de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación fundamental para una buena realización de la técnica de recogida de esputos es la paciencia y la colaboración con el paciente. Explicar claramente el procedimiento y la importancia de seguir las instrucciones proporcionadas es esencial. Asegúrese de que el paciente comprenda la necesidad de obtener una muestra de esputo de las vías respiratorias inferiores y no de saliva. Anímelo a toser profundamente para producir la muestra adecuada y brinde apoyo emocional, especialmente si enfrenta dificultades debido a problemas respiratorios.

Además, garantice que el recipiente de recolección sea estéril y que se etiquete adecuadamente con la información del paciente y la fecha y hora de recolección. Finalmente, recuerde la importancia de la higiene bucal antes de la recogida para evitar la contaminación de la muestra. Siguiendo estas pautas, se maximizará la calidad de la muestra de esputo, lo que es esencial para un diagnóstico y tratamiento precisos de enfermedades respiratorias y una atención de alta calidad para el paciente.

6 Bibliografía

Sánchez, M. E. R., Domínguez, S. D., Domínguez, Y. G., & De la Corte Sánchez, M. (2009). Proceso enfermero en la consulta de urología: un reto para enfermería traducido en mayor nivel de calidad en los cuidados al paciente. *Enfuro*, (110), 23-27.

Capítulo 241

COMETIDO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA TÉCNICA DE RECOGIDA DE EXUDADO DEL PACIENTE

RAQUEL PIÑERO BLANCO

NURIA ALFARO LA ORDEN

PALOMA GÓMEZ LÓPEZ SERRANO

NOELIA TORIJA GARCIA

M.DOLORES BARRIOS ACEITUNO

1 Introducción

El exudado es un procedimiento médico que implica la recolección de muestras de diferentes fluidos o secreciones del cuerpo, como la sangre, el líquido cefalorraquídeo, la orina y más comúnmente, el exudado faríngeo o exudado vaginal, con el propósito de su análisis en laboratorio. Estas muestras son fundamentales para el diagnóstico y seguimiento de diversas condiciones médicas, desde infecciones hasta enfermedades crónicas.

El exudado se realiza bajo condiciones estériles para evitar la contaminación de la muestra y garantizar resultados precisos. El profesional de la salud utiliza un hisopo o espátula estéril para recolectar la muestra de la zona específica del cuerpo. Luego, la muestra se coloca en un contenedor adecuado y se etiqueta con la información del paciente, como nombre, fecha y hora de recolección.

En el laboratorio, las muestras de exudado se someten a una serie de análisis, que pueden incluir cultivos microbiológicos, pruebas de sensibilidad a antibióticos, análisis químicos y moleculares, entre otros. Estos análisis permiten identificar la presencia de microorganismos patógenos, como bacterias, virus u hongos, así como evaluar la respuesta del organismo a ciertas terapias.

El exudado es una herramienta esencial en la medicina diagnóstica y terapéutica. Proporciona información valiosa que guía el tratamiento adecuado de las enfermedades, asegurando una atención médica más precisa y efectiva. Además, puede ayudar en la detección temprana de enfermedades, lo que puede ser crucial para la recuperación y la prevención de complicaciones. En resumen, el exudado es un procedimiento fundamental que contribuye al diagnóstico y tratamiento de una amplia gama de condiciones médicas, mejorando la calidad de la atención médica.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en aquellas tareas e intervenciones que son de su competencia en la recogida de exudado en el paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura 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 técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeñan un papel importante en la técnica de recogida de exudado del paciente, contribuyendo al diagnóstico y tratamiento adecuados de infecciones y enfermedades. Aquí se describen sus funciones clave en este proceso:

Preparación del paciente: Los TCAE deben comenzar por educar al paciente sobre el procedimiento de recogida de exudado. Explicar el propósito de la muestra y cómo se llevará a cabo el proceso es fundamental para reducir la ansiedad del paciente. Además, garantizan que el paciente esté cómodo y se sienta seguro antes de comenzar.

Preparación de materiales: Es responsabilidad de los TCAE asegurarse de que todos los materiales necesarios para la recogida de exudado estén listos y sean estériles. Esto incluye hisopos o espátulas estériles, contenedores de muestra apropiados y etiquetas con la información del paciente.

Recogida de muestra: Los TCAE realizan la recogida de la muestra según las indicaciones del profesional de la salud. Esto puede implicar tomar muestras de áreas específicas, como la garganta, nariz o vagina, utilizando técnicas estériles para evitar la contaminación. Deben ser habilidosos y cuidadosos para garantizar que la muestra sea representativa.

Etiquetado y registro: Una vez que la muestra se ha recolectado, los TCAE la etiquetan con la información del paciente, incluyendo el nombre, fecha y hora de recolección. Luego, registran esta información de manera precisa en la documentación médica, asegurando un seguimiento adecuado.

Almacenamiento y transporte: Los TCAE se encargan de asegurar que la muestra se almacene adecuadamente hasta su entrega al laboratorio. Esto puede incluir mantener la muestra refrigerada o a temperatura ambiente según las instrucciones específicas.

Colaboración y comunicación: Los TCAE mantienen una comunicación constante con el personal de enfermería y el laboratorio para garantizar que se sigan los procedimientos adecuados y que las muestras se procesen de manera oportuna. También informan al personal de cualquier observación relevante durante la recogida.

La recogida de exudado es un procedimiento esencial para el diagnóstico y

tratamiento de infecciones y enfermedades. Los TCAE desempeñan un papel clave al asegurarse de que se sigan las técnicas estériles, que las muestras se etiqueten adecuadamente y que se registre la información de manera precisa. Su colaboración con el equipo de atención médica es crucial para proporcionar una atención de alta calidad al paciente y contribuir al proceso de diagnóstico y tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación fundamental para llevar a cabo la técnica de recogida de exudado del paciente de manera efectiva y cuidadosa es centrarse en la empatía y la comunicación. Estos son los pilares de una experiencia positiva para el paciente y un procedimiento exitoso.

En primer lugar, es esencial establecer una comunicación clara y tranquilizadora con el paciente. Explique el procedimiento en detalle, destacando su importancia en el diagnóstico y tratamiento de su condición médica. Hable de forma tranquilizadora, respondiendo a cualquier pregunta o preocupación que pueda tener el paciente. La comprensión del proceso puede ayudar a aliviar la ansiedad y mejorar la cooperación del paciente.

En segundo lugar, practique la empatía. Reconozca que la recogida de un exudado puede ser incómoda o incluso molesta para el paciente. Asegúrese de que el paciente se sienta escuchado y comprendido en todo momento. Pregunte sobre cualquier dolor o molestia y ajuste el procedimiento en consecuencia. Ofrezca apoyo emocional y asegúrese de que el paciente se sienta cómodo antes, durante y después del proceso.

Además, preste atención a los detalles técnicos. Siga las pautas de asepsia y esterilización rigurosamente para evitar la contaminación de la muestra. Utilice los instrumentos adecuados y técnicas estériles para recoger la muestra de manera precisa y representativa. Etiquete la muestra con precisión y registre la información del paciente de manera completa y legible.

Finalmente, colabore de manera efectiva con el personal de salud y el laboratorio. Comunique cualquier detalle relevante sobre la muestra o el procedimiento para garantizar que se sigan los protocolos adecuados. Mantenga un flujo de información transparente para asegurarse de que la muestra se procese de manera oportuna y precisa.

En resumen, una recogida de exudado exitosa se basa en la empatía, la comunicación efectiva y la atención meticulosa a los detalles técnicos. Al seguir estas recomendaciones, no solo facilitará el procedimiento para el paciente, sino que también contribuirá al diagnóstico y tratamiento adecuados de su condición médica, mejorando la calidad de la atención médica brindada.

6 Bibliografía

Aguayo Domínguez, M. A. (2017). El TCAE y la intimidad del paciente.

Capítulo 242

COMETIDO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA RECOGIDA DEL EXUDADO VAGINAL

RAQUEL PIÑERO BLANCO

NURIA ALFARO LA ORDEN

PALOMA GÓMEZ LÓPEZ SERRANO

NOELIA TORIJA GARCIA

M.DOLORES BARRIOS ACEITUNO

1 Introducción

El exudado vaginal es un procedimiento médico utilizado para obtener muestras de secreciones de la vagina de una paciente con el fin de analizarlas en un laboratorio clínico. Esta técnica es fundamental para diagnosticar y tratar diversas condiciones ginecológicas, como infecciones vaginales, vaginosis bacteriana, candidiasis y otras afecciones que pueden causar síntomas como picazón, flujo vaginal anormal, dolor o molestias.

La recogida de un exudado vaginal se realiza de manera estéril y cuidadosa para garantizar resultados precisos. Un profesional de la salud utiliza un espéculo vaginal, un instrumento médico diseñado para abrir suavemente las paredes vagi-

nales, permitiendo el acceso a la muestra. Se utiliza un hisopo estéril para tomar muestras de las secreciones de diferentes áreas de la vagina, como la pared vaginal posterior o las paredes laterales.

Una vez recogida la muestra, se coloca en un contenedor adecuado y se etiqueta con la información del paciente, incluyendo su nombre, fecha y hora de recolección. Luego, la muestra se envía al laboratorio, donde se somete a análisis microscópicos, cultivos microbiológicos o pruebas moleculares, según la necesidad clínica.

La información obtenida a través del exudado vaginal es esencial para guiar el tratamiento apropiado. Dependiendo de los resultados, el médico puede recetar antibióticos, antifúngicos u otros tratamientos específicos para abordar la condición subyacente. Además, este procedimiento también se utiliza en exámenes de rutina, como parte del control ginecológico regular, para detectar posibles infecciones o afecciones en una etapa temprana.

El exudado vaginal es una técnica médica importante en el campo de la ginecología, utilizada para diagnosticar y tratar diversas afecciones ginecológicas. Proporciona información valiosa que contribuye al bienestar y la salud reproductiva de las mujeres al garantizar un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en aquellas tareas e intervenciones que son de su competencia en la recogida de exudado vaginal.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeñan un papel significativo en la técnica de recogida de exudado vaginal, contribuyendo al diagnóstico y tratamiento de afecciones ginecológicas. Sus funciones clave en este proceso son las siguientes:

Educación y preparación del paciente: Antes de realizar el exudado vaginal, los TCAE deben educar al paciente sobre el procedimiento, explicando su importancia y tranquilizándolo si presenta ansiedad o preocupaciones. Aseguran que el paciente comprenda la necesidad de obtener una muestra y cómo se llevará a cabo el procedimiento. Además, garantizan que el entorno esté cómodo y privado para el paciente.

Preparación de materiales y equipo: Los TCAE tienen la responsabilidad de preparar todos los materiales y el equipo necesarios para la recogida de la muestra. Esto incluye asegurarse de que el espéculo vaginal esté esterilizado y listo para su uso, así como tener hisopos estériles y contenedores adecuados disponibles.

Asistencia durante el procedimiento: Durante la recogida de exudado vaginal, los TCAE brindan apoyo al profesional de la salud que realiza el procedimiento. Esto puede incluir la asistencia en la colocación del espéculo vaginal y la entrega de instrumentos o contenedores según sea necesario. También pueden ofrecer apoyo emocional al paciente, manteniendo una comunicación tranquilizadora.

Etiquetado y registro: Una vez que se ha recogido la muestra, los TCAE se encargan de etiquetar adecuadamente el contenedor con la información del paciente, incluyendo el nombre, fecha y hora de recolección. Además, registran esta información de manera precisa en la documentación médica correspondiente.

Mantenimiento de la asepsia: Los TCAE deben seguir protocolos estrictos de asepsia para garantizar que el procedimiento sea estéril y que la muestra no se contamine. Esto incluye el manejo adecuado de los instrumentos y la eliminación segura de los materiales utilizados.

Colaboración y comunicación: Los TCAE mantienen una comunicación constante con el profesional de la salud que realiza el procedimiento y el personal de laboratorio. Informan sobre cualquier detalle relevante relacionado con la recogida de la muestra y garantizan que se sigan los protocolos adecuados.

La recogida de exudado vaginal es una técnica esencial en el diagnóstico y tratamiento de afecciones ginecológicas. Los TCAE desempeñan un papel fundamental al preparar al paciente, asistir en el procedimiento y garantizar que se sigan las pautas de asepsia y documentación adecuadas. Su contribución es crucial para proporcionar atención médica de calidad y mejorar la salud ginecológica de las pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Para asegurar que la técnica de recogida de exudado vaginal se realice de manera correcta y efectiva, es fundamental que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) sigan algunas recomendaciones clave. En primer lugar, es esencial establecer una comunicación empática con la paciente. Antes de comenzar el procedimiento, tómese el tiempo necesario para explicar detalladamente el proceso y responder a las preguntas o preocupaciones que pueda tener. Escuche activamente a la paciente y ofrezca apoyo emocional, ya que esto puede aliviar la ansiedad y facilitar la cooperación durante la recogida de la muestra.

En segundo lugar, garantice la asepsia y la esterilización adecuada de todo el equipo utilizado. Verifique que el espéculo vaginal esté debidamente esterilizado y que los hisopos o contenedores sean completamente estériles antes de su uso. Mantenga un entorno limpio y organizado, evitando cualquier contaminación. Durante el procedimiento, colabore estrechamente con el profesional de la salud encargado de realizar la recogida, siguiendo sus instrucciones y proporcionando el equipo necesario de manera oportuna. Siguiendo estas recomendaciones, se contribuye a la realización correcta de la técnica de recogida de exudado vaginal, lo que es esencial para el diagnóstico y tratamiento adecuados de afecciones ginecológicas, mejorando así la calidad de la atención brindada a las pacientes.

6 Bibliografía

Aguayo Domínguez, M. A. (2017). El TCAE y la intimidad del paciente.

Capítulo 243

LA ENFERMEDAD PERIODONTAL Y LA ASISTENCIA DEL HIGIENISTA BUCODENTAL

PATRICIA FLOREZ SEGOVIANO

1 Introducción

Las enfermedades periodontales abarcan, engloban un conjunto de casos o procesos que influyen de forma negativa o dañada a cualquier órgano que forma el periodonto, se dice que es una fase en la que las encías se inflaman provocando lesiones en los tejidos de las piezas dentales.

El tratamiento contra esta enfermedad está basada en la comprobación de los factores considerados de riesgo, pero en casos extremos se puede llegar a la cirugía periodontal cuya finalidad es eliminar las lesiones, asegurando un buen mantenimiento de la salud bucodental y del periodonto.

El término de enfermedades periodontales suele ser una manera para decir que la persona posee periodontitis. La periodontitis se conoce como la causa más habitual de la pérdida de los dientes o que provoca que piezas dentales tengan que ser extraídas en personas con una edad de mayor de 35 años, pero también tiene que ver mucho las exodoncias.

Las enfermedades periodontales se dicen que es de origen infeccioso y puede haber una serie de factores de riesgo que favorecen la aparición de enfermedades periodontales, como por ejemplo agentes irritantes, independientemente si son químicos o mecánicos, por una mala higiene bucodental que llegue a crear placa bacteriana, el sarro.

2 Objetivos

Conocer cuáles son las diversas funciones que el higienista bucodental puede desempeñar.

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

Algunas de las enfermedades periodontales más comunes es la gingivitis, que consiste en la hinchazón o inflamación de las encías.

La causa principal más frecuente es la aparición de un exceso de placa bacteriana sobre esta y los síntomas más comunes son enrojecimiento, inflamación, hinchazón excesiva y sangrado de las encías.

Es un tipo de enfermedad reversible y se puede evitar manteniendo una buena higiene bucodental.

La acumulación de la placa bacteriana suele producirse en un corto periodo de tiempo, afectando gravemente todas las piezas dentales. El tejido conectivo de las encías se va desgastando poco a poco y en lugar de este se acumula una inflamación formada por leucocitos y células donde el epitelio experimenta una serie de cambios.

Si la gingivitis no es tratada a tiempo por los profesionales sanitarios, puede causar que la inflamación se extiendan ligamento y hueso alveolar.

También hablamos de la periodontitis, que también provoca inflamación e infección destruyendo el periodonto y trayendo como consecuencia la pérdida de los dientes que sean afectados.

Hay una serie de factores de riesgo que influyen en estas enfermedades periodontales, como por ejemplo la genética y causada por microorganismos o bacterias y como malos hábitos como el consumo excesivo de tabaco o de alcohol.

También tiene que ver el consumo en exceso de alimentos con gran cantidad de azúcar porque favorece el crecimiento de los microbios, una mala higiene buco-

dental, consumo en exceso de tabaco, estrés o una mala alimentación, por falta de un control rutinario por el dentista.

Algunas de las funciones que puede realizar el higienista bucodental son las siguientes

Administrar o aplicar el tratamiento para las enfermedades periodontales impuesto por el dentista, informar o dar conocimientos sobre cómo debe de ser la higiene bucal en los pacientes, ayudar o asistir a los otros compañeros sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este capítulo del libro o proyecto de investigación, que debemos adquirir unos buenos hábitos a tanto en higiene bucodental como en nuestra dieta diaria, como controlando la cantidad de azúcares y carbohidratos que ingerimos para no abusar de ello e informándose de cómo debería de realizarse un cepillado bucodental adecuado complementándolo con encaje bucal y con el uso de la seda o hilo dental entre los huecos de las piezas dentales debido a que son zonas de difícil acceso y en algunos casos puede que haya restos de comida que hayamos ingerido y con el cepillo no se haya ido.

6 Bibliografía

Enfermedad periodontal: ¿Sus encías le impiden lucir su mejor sonrisa?». *Estética Dental Top*. 15 de agosto de 2019. Consultado el 27 de agosto de 2020.

Capítulo 244

CUIDADOS POST-MORTEM EN EL MEDIO HOSPITALARIO Y PARTICIPACION DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

LILIAN SANDRA DE LA CRUZ GÁLVEZ

1 Introducción

Denominamos cuidados post mortem a la serie de cuidados que son realizados por el personal sanitario una vez que el médico o la enfermera certifica la muerte de un paciente cuyos cuidados son llevados a cabo por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería junto con la ayuda del celador, pero también tiene participación el personal de enfermería.

Una vez que una persona ha fallecido, el personal de enfermería debe de realizar un electrocardiograma y tomaré las constantes vitales para asegurarse del fallecimiento de la persona. También se debe de apuntar la fecha, es decir, como la hora, el día de la muerte del paciente.

Se debe de facilitar el traslado de la persona fallecida por el servicio de funeraria y ayudado a apoyar en la medida de lo posible y facilitar que los familiares amigos o seres del entorno y puedan pasar el duelo lo mejor posible. Estos cuidados son de gran importancia después del fallecimiento de la persona y deben de ser realizados con respeto y delicadeza por el personal sanitario especializado.

A continuación, en el apartado de resultados explicaremos como el personal de enfermería realiza los cuidados post mortem y cómo debe de ser todo el proceso.

2 Objetivos

-Saber cómo funciona el proceso una vez que una persona fallece y cuáles son las funciones del auxiliar de enfermería en este 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 como Medline, Scielo, Pubmed y google académico.

4 Resultados

Antes de saber cómo funciona el procedimiento realizado por el personal de enfermería, nombraremos el material necesario que vamos a utilizar en esta técnica. Guantes desechables que solo serán de un solo uso, gasas y compresas esterilizadas, ahora el sudario funda para meter el cadáver de la persona, material quirúrgico por si es necesario retirar en algún tipo de drenaje o aparato que tenga conectado, empapadores y esponjas jabonosas, pulsera identificativa hospitalaria que se le coloca al paciente una vez que entra o ingresa en el medio hospitalario junto con el papeleo que certifique su fallecimiento, sábanas limpias.

A continuación vamos a explicar cómo es el proceso en el que realiza las funciones el auxiliar de enfermería junto con el celador.

El personal de enfermería le realiza al paciente una serie de pruebas como un electrocardiograma para comprobar que no hay actividad cardíaca, le comprueba la respiración, la temperatura, es decir, las constantes vitales... Luego el facultativo que es el médico, certifica la muerte del paciente, anotando en un papel escrito el día y la hora de su fallecimiento. Se le retira todo tipo de drenajes, vías, goteros o todo lo que pueda estar conectado al paciente, incluido aparatos. Si el paciente está muy sucia en condiciones desfavorables, se le realiza el aseo y se le ponen las sábanas limpias. Se deben de cerrar todo tipo de agujeros para evitar la salida de fluidos biológicos o gases. Se debe de colocar el cadáver dentro del sudario para ser cerrada y el auxiliar de enfermería junto con el celador pasar el cadáver a la camilla metálica para ser llevado a mortuorio para la espera a que venga a recogerlo el servicio fúnebre para llevárselo al velatorio donde estarán los familiares o seres queridos velando a la persona fallecida.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar o cerrar este proyecto de investigación o capítulo del libro sobre los cuidados post mortem, se debe tener en cuenta que debemos de realizar los cuidados con el mayor respeto y delicadeza posible hacia el cadáver de la persona fallecida y también respetando a sus familiares debido a la situación por la que están pasando y deben de pasar las diferentes fases del duelo.

Son situaciones complicadas tanto para el personal como para los familiares y sus seres queridos, pero es un proceso natural que forma parte del ciclo vital y es irremediable porque todo el mundo debe de pasar por ello tarde o temprano.

6 Bibliografía

, Jay; Graham, Michael (7 de diciembre de 1999). *Time of Death, Decomposition and Identification: An Atlas* (en inglés). CRC Press. p. 1. ISBN 978-1-4200-4828-5. FBI Law Enforcement Bulletin (en inglés). Federal Bureau of Investigation, U.S. Department of Justice. 1973. p. 12.

Zilg, B.; Bernard, S.; Alkass, K.; Berg, S.; Druid, H. (17 de julio de 2015). «A New Model for the Estimation of Time of Death from Vitreous Potassium Levels Corrected for Age and Temperatura». *Forensic Science*

Capítulo 245

LA IMPORTANCIA DE CONOCER EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) LA ESCALA BRISTOL

LAURA MARTINEZ BENEITEZ

1 Introducción

Durante los ingresos hospitalarios, los pacientes suelen quejarse de no “ir bien al baño”, siempre que el paciente no presente una patología digestiva, o de cirugía abdominal.

El TCAE es uno de los profesionales que podrá evaluar a través de una escala el tipo de heces que realiza el paciente durante el ingreso hospitalario.

Se puede decir que durante la valoración de un paciente que acude a urgencias o en una unidad hospitalaria, en ocasiones es difícil valorar las características de las heces (consistencia, forma, olor, color, etc.) de los pacientes.

Es imprescindible implementar un sistema de evaluación fácil de usar que cuantifique la forma y la consistencia de las heces y que nos permita entender fundamentalmente la relación entre sus características y el malestar del paciente relacionado con la defecación: otros objetivos a destacar está basado en los cambios poblacionales en las heces, analizados por tipo de dieta, edad, sexo, medicación o estilo de vida.

La escala de Bristol o gráfico de heces de Bristol es una tabla visual de uso en medicina, destinada a clasificar la forma de las heces humanas en siete grupos. Fue desarrollada por Ken W. Heaton y Stephen J. Lewis en la Universidad de

Bristol y se publicó por primera vez en el Diario escandinavo de gastroenterología en 1997.

2 Objetivos

Describir qué tipo de utilidad que se puede dar a la escala Bristol por el TCAE para la posible interpretación de las heces de un paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos tales como PubMed, Medline, Scielo y Google Academico, seleccionando los artículos relacionados con el tema a estudiar.

4 Resultados

En el presente trabajo hemos podido conocer qué tipo de utilidad o manejo puede realizar el TCAE con el conocimiento adecuado y empleo de la escala Bristol.

El TCAE debe considerar la importancia de esta escala, es que le permite al paciente ver una imagen de la forma de las heces, además, al lado se explica en detalle la consistencia y la forma, dando ejemplos fácilmente identificables y el paciente simplemente selecciona el tipo de heces que mejor se adapta a la forma y consistencia de las heces observadas después de la deposición de acuerdo con los dibujos y las descripciones. Clasificado por forma y dureza del 1 al 7, desde el más duro hasta el completamente líquido.

El uso correcto de esta escala nos indica que puede identificar cualquier tipo de anomalía, estreñimiento, diarrea de un paciente.

El TCAE junto con la identificación del dibujo, más las posibles valoraciones del profesional sanitario, podrá conjuntamente registrar que tipo de afección o síntomas puede estar afectando al paciente.

El TCAE también en casos de una cirugía abdominal, bariátrica, etc.; podrá utilizar esta escala para comprobar en que fase se encuentra el paciente.

Todo paciente que es valorado por la escala Bristol, el TCAE podrá ayudarlo en caso de que identifique heces cuando está en estreñimiento. Para ello, el TCAE

podrá, bajo las pautas del facultativo, administrar enemas o laxantes que ayuden a este a evacuar y poder disminuir en ocasiones las molestias abdominales.

Otra situación, es que el paciente presente diarrea, con lo que el TCAE avisará al facultativo y podrá pautar algún tipo de dieta astringente o cuidados para evitar la deshidratación del paciente y las consecuencias de esta afección

Cuando el paciente síntomas de deshidratación, se le administra suero intravenoso u oral.

5 Discusión-Conclusión

En cualquier cirugía abdominal, molestias estomacales, estreñimiento, diarrea, etc., se puede utilizar la escala Bristol para valorar este tipo de heces generalmente.

El TCAE mediante la visualización de esta escala por el paciente, podrá identificar que patología puede estar padeciendo, tras la identificación podrá ayudar al paciente para reducir estas molestias o prevención de complicaciones que incluso pueden conllevar más ingreso hospitalario.

El conocimiento de esta escala es imprescindible para el adecuado manejo y cuidados del TCAE y debe realizarse una formación de ello. Es fundamental prestar atención a las heces dado que a vista macroscópica podemos identificar si son normales o presentan algún tipo de anomalía.

6 Bibliografía

ESCALAS (Auxiliar Enfermería). (n.d.). Scribd. Retrieved August 24, 2023, from <https://es.scribd.com/document/405872596/ESCALAS-Auxiliar-Enfermeria>

Mínguez Pérez, M., & Benages Martínez, A. (2009). Escala de Bristol: ¿un sistema útil para valorar la forma de las heces? *Revista Espanola de Enfermedades Digestivas: Organo Oficial de La Sociedad Espanola de Patologia Digestiva*, 101(5), 305–311. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082009000500001

Capítulo 246

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DENTRO DE UN SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN DE UN CENTRO HOSPITALARIO

MARÍA DEL PRADO CONCEPCION CALVO RAMIREZ

MARIA CONCEPCION OLIVAS SIMARRO

EVELIA CUÉLLAR MERINO

MANUELA RAMOS PAREJO

MÓNICA SÁNCHEZ DOS SANTOS

1 Introducción

La unidad de esterilización es el servicio en el que se realizan los procesos de esterilización del instrumental clínico del hospital, dado que es imprescindible para garantizar el uso de estos instrumentos y reducir el riesgo biológico debido a la transmisión de enfermedades.

Se trata de un departamento bien centralizado y comunicado con todas las unidades hospitalares, sobre todo, con el quirófano, que hay muchos instrumentales quirúrgicos que se deben de esterilizar. Suele estar situado en la planta baja

del hospital y existe una comunicación directa con quirófano; de forma vertical usando el montacargas o de forma horizontal donde existen dos circuitos, el sucio y el limpio. Existen unos conceptos imprescindibles que debemos conocer y distinguir correctamente:

- La limpieza consiste en la eliminación de restos orgánicos e inorgánicos de una superficie o material, para ello se utilizará una sustancia detergente acompañada de un cepillado (acción mecánica). Así, lograremos deshacernos de cualquier resto de suciedad pegado al material y finalizaremos con un buen aclarado. Siempre tenemos que secar el material después de limpiarlo.
- La desinfección consiste en eliminar los microorganismos patógenos, aunque no todos de una superficie o material usando desinfectantes químicos, pero no las formas de resistencia (esporas).
- La esterilización consiste en destruir todos los microorganismos y sus formas de resistencia, garantizando la total destrucción de cualquier forma de vida, tanto en superficie como en profundidad del objeto a estudiar.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del TCAE en el área de esterilización.
- Conocer conceptos y métodos de esterilización.
- Comprender la importancia de una correcta esterilización.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo.

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Todo TCAE que trabaje en el área de esterilización debe estar especializado en ellos y llevar una formación continuada.

Además, debe conocer los conceptos que se utilizan en esta área:

- Limpieza, con ello se intenta reducir el número de microorganismos que se encuentran en el instrumental y en el material.
- Desinfección, consiste en destruir los microorganismos que se encuentran en el material e instrumental.
- Esterilización, se encarga de la destrucción de toda forma de vida (patógenos, no patógenos, y sus formas esporuladas).

Las funciones del TCAE en el servicio del Quirófano y Esterilización son:

1. Reponer batas, toallas, sábanas, etc.
2. Reposición de apósitos, guantes y todo el material necesario.
3. Asistir y ayudar a los profesionales en la preparación del material para su esterilización.
4. Limpiar y recoger todo el material utilizado, además de ayudar al resto de profesionales en la colocación de los mismos.
5. Facilitar las funciones del Facultativo y de los profesionales de Enfermería.

Hemos hablado con anterioridad que el TCAE elegirá el tipo de esterilización según el material, los tipos que podemos encontrarnos son:

- Autoclave, utiliza el vapor produciendo la hidratación, coagulación e hidrólisis de las albúminas y proteínas.
- Óxido de etileno, se realiza a través de un gas que se adentra en los materiales de goma y plástico. Cuando hablamos de que el Técnico en Cuidados Auxiliares de

Enfermería tiene que estar especializado en este tipo de labor, es porque al elegir el método adecuado de esterilización deben conocer tanto las temperaturas a las que se lleva a cabo según el material como el tiempo de exposición a esos métodos, como la humedad necesaria para realizarlo de manera correcta (completar la esterilización o no estropear el material).

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión de la bibliografía específica sobre Esterilización, podemos concluir que el papel del TCAE en esta área es vital debido al éxito del funcionamiento, no solo del Quirófano sino del resto del hospital.

De esta manera, todos los profesionales que trabajan en el área de Esterilización tienen que estar especializados y formados de manera continuada, reconociendo la importancia de realizar el proceso de esterilización de una manera exhaustiva y minuciosa; la persona encargada de esta función será el TCAE pudiendo resumir su labor como una correcta limpieza, correcta desinfección y correcta esterilización de todo aquel material que se utiliza a nivel hospitalario.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 247

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DENTRO DEL SERVICIO DE CONSULTAS EXTERNAS DE UN CENTRO HOSPITALARIO

MARÍA DEL PRADO CONCEPCION CALVO RAMIREZ

MARIA CONCEPCION OLIVAS SIMARRO

EVELIA CUÉLLAR MERINO

MANUELA RAMOS PAREJO

MÓNICA SÁNCHEZ DOS SANTOS

1 Introducción

Las consultas externas se caracterizan por dar una asistencia ambulatoria, es decir, los pacientes no se van a quedar ingresados en el centro hospitalario, sino que acuden con una cita previa y programada para que se le realice el seguimiento de una patología, o se le diagnostique una enfermedad por la que causa sintomatología.

A este servicio se puede acudir a través de 3 vías:

1. Desde el propio hospital: derivados de urgencias o si en un momento dado el paciente estuvo hospitalizado, para comprobar la evolución.

2. Desde Atención Primaria: cuando el médico de familia ve oportuno derivar al paciente a un especialista de cualquier rama sanitaria.
3. Desde otros hospitales: al no existir en el hospital donde se encuentra la especialidad que requiere el paciente para ser diagnosticado o tratado de una forma más adecuada. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería, TCAE, en este servicio tiene la tarea fundamental de servir de apoyo tanto al equipo médico como de enfermería de cada una de las especialidades en los que esté designado, teniendo ciertas particularidades en unos casos, pero en otras, las tareas serán prácticamente las mismas, como es el caso de mantener la consulta ordenada, recogida y limpia, ayudar al paciente en lo que necesite si no pudiera por sí mismo, etc.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del TCAE en las consultas externas.
- Conocer las consultas en las que podemos trabajar.
- Exponer la importancia de la figura del TCAE en las consultas externas.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo.

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para poder hablar de las funciones del TCAE en las consultas externas, tenemos que comenzar conociendo cuáles son las consultas en las que puede ejercer sus funciones.

Las vamos a exponer a continuación:

1. Consulta de dermatología: en este caso se encargará de recoger los informes de derivación cuando los pacientes llegan a la consulta, les hace pasar cuando les corresponda, cuando ya se encuentran dentro se les invitará a acomodarse en la camilla o silla para que el profesional les examine. El TCAE se encargará

asistir al paciente en lo que necesite mientras el facultativo le examina. Una vez terminada la consulta se les entregará al paciente los informes y las recetas que ha expedido el profesional.

2. Consulta del endocrino: en esta consulta el TCAE se encargará de medir y tallar al paciente. Le tomará las constantes e incluso la glucemia, comprobará todos los informes para comprobar si en estos 3 meses ha tenido problemas de glucemia.

3. Consulta de traumatología: En este caso el TCAE lo recibirá en la consulta acomodándolo para que el profesional lo examine, en el caso de que se le remita a la realización de pruebas complementarias se imprimirán y se les entregará al paciente.

4. Consulta de servicios especiales de urología: como en las consultas anteriores, se encargará de recibir al paciente y se les acomodará en la consulta, asistiéndolos si necesitaran ayuda para el vestido y desvestido.

Y se procederá como en las consultas anteriores, facilitándole toda la documentación necesaria para las próximas consultas, pruebas complementarias o medicación recetada.

Al mismo tiempo que el TCAE se encarga de las funciones redactadas anteriormente, de manera paralela irá preparando las consultas del día siguiente, ordenando y colocando todas las historias de los pacientes y sus volantes.

5 Discusión-Conclusión

Una vez revisada la bibliografía sobre consultas externas y las funciones de los TCAE, podemos ver que las funciones que realizan son similares en todas las consultas especializadas, y así resumimos que tienen como labor atender las necesidades básicas del paciente; además de ayudar al facultativo en lo que precise; se puede decir que la importancia del trabajo en equipo es una pieza clave para una buena atención al paciente y su bienestar.

La relación TCAE- Facultativo- paciente es vital y debe generar una confianza y empatía para que la consulta resulte productiva y se obtengan los mejores resultados para los pacientes.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 248

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DE UN CENTRO HOSPITALARIO

MARÍA DEL PRADO CONCEPCION CALVO RAMIREZ

MARIA CONCEPCION OLIVAS SIMARRO

EVELIA CUÉLLAR MERINO

MANUELA RAMOS PAREJO

MÓNICA SÁNCHEZ DOS SANTOS

1 Introducción

Hablaremos de la función de los técnicos de cuidados auxiliares en los servicios en el servicio de rehabilitación de los centros hospitalarios y de cómo tratar a los pacientes que acuden a ellos por lesiones que tiene que rehabilitar.

La rehabilitación se define como una especialidad médica que abarca una amplia gama de procedimientos médicos, psicológicos y sociales que maximizan el desarrollo del paciente y lo ayudan a adaptarse a una discapacidad en cualquier área de la vida, ya sea física, psicológica o social.

La responsabilidad principal del especialista en atención de apoyo (TCAE) es trabajar con el equipo de rehabilitación para realizar tareas administrativas y de

enfermería básicas, como varias funciones organizativas, limpieza, tareas asignadas, etc.

El fisioterapeuta proporciona y programa actividades de seguimiento. Cuida tu teléfono y tu familia. Para ello, es necesario tomar cursos especializados en este campo. Según la Organización Mundial de la Salud, la rehabilitación en ciencias de la salud se define como “un conjunto de actividades sociales, educativas y laborales encaminadas a devolver la mayor eficacia e independencia posible al paciente sujeto discapacitado”.

Debido a que el concepto de rehabilitación es tan amplio que abarca muchas áreas diferentes, a veces es difícil entender su función.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el área de rehabilitación de un centro hospitalario.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo.

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el área de rehabilitación hospitalaria son variadas y desempeñan un papel fundamental en el equipo multidisciplinario.

Algunas de estas funciones incluyen:

Asistencia al paciente: El técnico en cuidados auxiliares de enfermería brinda apoyo directo al paciente en la realización de actividades de la vida diaria, como la higiene personal, el vestido, la movilización y la alimentación. Ayuda a los pacientes a adaptarse a su entorno y a realizar las actividades necesarias para su recuperación.

Colaboración en terapias físicas y ocupacionales: El técnico asiste al personal terapéutico en la realización de ejercicios y terapias prescritas. Puede ayudar en la movilización de los pacientes, proporcionar asistencia en el uso de equipos de rehabilitación y supervisar el cumplimiento de los ejercicios terapéuticos.

Registro y documentación: El técnico en cuidados auxiliares de enfermería registra y documenta de manera precisa y oportuna las intervenciones realizadas, los signos vitales, las actividades diarias y cualquier cambio en el estado de salud del paciente.

Estos registros son importantes para el seguimiento de la evolución del paciente y para la continuidad de la atención.

Mantenimiento del entorno de trabajo: El técnico en rehabilitación hospitalaria mantiene un entorno seguro y limpio. Esto implica la preparación de las áreas de tratamiento y terapia, asegurando la disponibilidad de equipos y materiales necesarios, y colaborando en la limpieza y desinfección de los espacios de trabajo.

Apoyo emocional y comunicación: El técnico en rehabilitación hospitalaria brinda apoyo emocional a los pacientes y sus familias, mostrando empatía, escuchando sus preocupaciones y proporcionando información clara y comprensible sobre el proceso de rehabilitación.

Colaboración en actividades recreativas y de ocio: El técnico puede participar en la organización y facilitación de actividades recreativas y de ocio para los pacientes, como juegos, manualidades y terapias recreativas. Estas actividades ayudan a promover la participación activa de los pacientes y contribuyen a su bienestar emocional.

Mantenimiento de la seguridad: El técnico en rehabilitación hospitalaria se asegura de que se sigan todas las medidas de seguridad para prevenir accidentes y lesiones durante las terapias y actividades. Esto incluye la supervisión de la correcta utilización de equipos y dispositivos de asistencia, así como el manejo adecuado de pacientes con movilidad limitada.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo destacando que el departamento de rehabilitación debe de tener unas funciones que favorezcan el desarrollo de los movimientos a realizar, también debe tener un espacio de diferenciación, ya que dependiendo de la patología a tratar existen diferentes tipos de rehabilitación. Después de que el especialista en rehabilitación haya indicado las áreas antes mencionadas, cada paciente se dirige a una habitación específica para él.

Las funciones realizadas por el asistente de enfermería de rehabilitación son importantes para permitir que los trabajadores de la salud realicen su trabajo de manera efectiva y que los pacientes se recuperen lo más rápido posible.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 249

INICIACIÓN DE LOS PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

CRISTINA ARANA OSMA

NURIA SÁNCHEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Los primeros auxilios son los conjuntos de actuaciones y técnicas que hace que la atención sea inmediata en un accidentado, hasta que llegue la asistencia médica profesional, con la finalidad de que las lesiones que ha sufrido el paciente no lleguen a empeorar.

Existen unos conocimientos mínimos imprescindibles que debe conocer cualquier persona para que, sea eficaz la labor del auxiliar a la víctima hasta que lleguen los servicios de asistencia sanitaria, siempre con el método PAS. El método PAS es asegurar la zona para que emergencias pueda llegar al lugar del siniestro lo más rápido posible y evitar que se produzca un accidente de tráfico. PAS viene de las siglas de:

- Proteger al accidentado, a uno mismo y a los peatones que estén en el suceso en ese momento, hay que hacer el sitio seguro para todos, si hay algún peligro alejarlo de nosotros y si no podemos alejarnos nosotros del peligro.
- Avisar a los servicios sanitarios (112) y si es necesario a la policía (091) hay que dar la dirección exacta donde estemos, decir las personas que hay accidentadas, tipo de heridas o de lesiones.

- Socorrer al accidentado o al herido, esto conlleva mantener la calma para no alterar a la víctima si observamos que está intranquilo, intentar tranquilizarlo, no moverlo en ningún momento a no ser que estés obligado a ello por un incendio por ejemplo, mirarle los signos vitales para ver que está estable.

El método PAS son unos pasos sencillos, los cuales hay que seguir para que una persona que se encuentra en una situación de emergencia y de urgencia.

2 Objetivos

- Dar a conocer que es el PAS y para qué sirve.
- Explicar la importancia que tienen los primeros auxilios.
- Mostrar las principales técnicas de primeros auxilios.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha realizado con un análisis que ha consistido en:

- Una lectura, sobre la documentación científica existente en diversas páginas. La lectura se ha realizado a través de una búsqueda contratando diferentes artículos de las diferentes.
- Bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos precedentes de estas, seleccionando datos relevantes.

4 Resultados

Tipos de técnicas en primeros auxilios:

1. Maniobra de Heimlich:

Colocarse detrás de la persona y poner una de las manos con el puño cerrado cuatro dedos encima del ombligo, en la línea media del estómago, y colocar la otra mano sobre el puño. Hacer presión con el puño sobre su abdomen, hacia arriba y hacia atrás. Repetir el movimiento hasta 5 veces.

2. Maniobra de frente-mentón:

Es una técnica básica para abrir la vía aérea de una persona que no respira o tiene dificultad respiratoria. Consiste en inclinar la cabeza hacia atrás y elevar la mandíbula hacia arriba, de forma que se evite que la lengua obstruya el paso del aire.

3. Reanimación cardiopulmonar:

Colocarse a nivel de su cuello en rodillas con el cuerpo incorporado. Mantener los codos estirados y coloca los hombros directamente encima de las manos. Con el peso de tu tronco y tus brazos, hacer las compresiones necesarias sobre el pecho hacia abajo. Hacer fuerza en el pecho con firmeza a un ritmo de 100 a 120 compresiones por minuto.

4. Torniquete:

No realizarlo salvo en caso de amputación traumática. No se recomienda, ya que para toda la circulación sanguínea, hay que usar una banda ancha para taparlo, hay que tener una presión controlada y hay que apuntar la hora exacta de cuando se realiza el torniquete.

Una hemorragia es un derrame de sangre fuera o dentro del organismo por una rotura de uno o varios vasos sanguíneos. Según el vaso sanguíneo dañado se pueden clasificar en:

- Arteriales: color rojo vivo y sale a presión.
- Venosas: color rojo violáceo y sale más lenta y con menos presión.
- Capilares: color rojo.

Según hacia donde salga la sangre pueden ser:

- Externas: la sangre sale a través de la herida.
- Internas: se produce en el interior del organismo, sin poder salir al exterior.
- Exteriorizadas: la hemorragia se produce en el interior, pero esta vez la sangre si puede salir al exterior a través de un orificio natural como puede ser la nariz.

5 Discusión-Conclusión

Los primeros auxilios son de gran importancia, ya que podemos salvar la vida de esa persona con tan solo unos conocimientos fáciles y muy útiles para el día a día en casa.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería tienen la función de ayudar a las personas que se vean involucradas en un accidente o en algún otro problema. Saber qué maniobra o qué posición hay que utilizar en todo momento es muy importante para evitar complicaciones como atragantamientos. También es muy importante tener paciencia y saber tranquilizar al accidentado, ya que en esa situación suelen estar muy alterados por la situación.

6 Bibliografía

1. De Policlínica Metropolitana, P. (2019, 11 de diciembre). Conoce cuáles son las técnicas básicas de primeros auxiliares. Policlínica Metropolitana . <https://policlinicametropolitana.org/informacion-de-salud/primeros-auxilios/>.
2. Primeros Auxilios - Cruz Roja . (s/f). Cruzroja.es. Recuperado el 17 de agosto de 2023, de https://www2.cruzroja.es/cursos-primeros-auxilios?gad=1&gclid=EAIaIQobChMIucWRscWJgQMvNjxoCR0U-g_-pEAMYASAAEgJPMPD_BwE.
3. (S/f). Unirioja.es. Recuperado el 7 de agosto de 2023, de https://www.unirioja.es/servicios/sprl/pdf/manual_primeros_auxilios.pdf.

Capítulo 250

EL PAPEL DE LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL PROCEDIMIENTO DEL SONDAJE VESICAL PERMANENTE E INTERMITENTE

CARMEN CID PARRO

LOURDES FERRERA CAMACHO

JUANA MARÍA BORNEZ MARTIN

NATALIA VILLALUENGA SEGOVIA

IRENE RAMIREZ MARTIN

1 Introducción

El análisis de la orina puede dar numerosos datos acerca de la salud actual que presentan los pacientes en ese momento, es por eso que es importante su correcta recogida para que no haya ningún error o variación a la hora de analizar las pruebas. Ya que, unos datos falsos podrían dar lugar a un error en el diagnóstico.

Cuando el paciente es independiente para las ABVDS se le debe dar las pautas

para realizar dicha recogida, debe ser el primer pis de la mañana tras haber realizado una correcta higiene de los genitales, teniendo en cuenta que la orina para recoger tiene que ser la intermedia, es decir, hay que dejar pasar un poco la micción para realizar su recogida.

Cuando el paciente está en una situación de dependencia, es decir, que no pueda realizar por sí solo una correcta recogida de la orina, la preparación para su recogida debe ser la indicada y esto recae en el papel de la TCAE, puesto que es la encargada de la buena higienización del paciente y que esté en el contexto adecuado para efectuar su recogida.

Por tanto, la recogida de la orina se va a efectuar mediante un sondaje vesical, este puede ser permanente (el paciente permanecerá con la sonda vesical durante un tiempo determinado) o intermitente (solamente se utilizará la sonda vesical para recoger una muestra de orina en un momento puntual).

2 Objetivos

Exponer los cuidados brindados por el TCAE en la recogida de orina a través de sondaje vesicular.

3 Metodología

Este estudio es una revisión bibliográfica, en el cual se ha realizado una búsqueda de información basándose en la literatura científica publicada siguiendo una serie de fases, las cuales se desarrollaron de junio a agosto de 2023. Durante la primera de las fases, se elaboró una pesquisa en las bases de datos electrónicas: MEDLINE/PubMed, Dialnet, SCIELO, CINAHL (Cumulated Index of Nursing & Allied Health Literature), CUIDEN y ScienceDirect; en una segunda fase, se llevó a cabo una revisión a través del servicio de catálogos de acceso libre en la Biblioteca on-line (Opac).

4 Resultados

La realización de la técnica del sondaje vesical tiene aplicabilidad en los servicios de atención primaria, servicios de urgencias, sala de procedimientos en consultas de enfermería y hospitalización.

Los Técnicos en Cuidados de Enfermería son los responsables de verificar y realizar la técnica de la manera más estéril posible, así como de garantizar todas las condiciones asépticas en el drenaje urinario, evitando las posibles complicaciones.

Para realizar este procedimiento el material necesario estará compuesto por: 1) bata y guantes; 2) material para la higiene genital: agua, esponja, jabón neutro y toalla; 3) Esparadrapo hipoalérgico; 3) solución antiséptica como la povidona yodada al 10%; 4) Bolsa de orina (circuito cerrado); 5) Suero salino estéril; 6) agua destilada; 7) dos jeringas de 10 ml cada una.

En un primer momento, la TCAE acompañará a la enfermera y será esta quien le explique al paciente la técnica que se le va a realizar. Tras esto, la TCAE, con o sin ayuda de un celador, dependiendo del tipo de paciente a quien se le vaya a realizar la técnica, colocará a la persona en una posición adecuada.

La TCAE procederá a una buena realización de la higiene en los genitales del paciente según protocolo de higiene, es decir, se deberá colocar en un recipiente con agua a temperatura adecuada (35-36°) y se humedecerá la esponja. En el caso de las mujeres se pondrá en posición ginecológica, lavando de esta manera la parte externa de la vulva y luego se separarán los labios mayores, haciendo el movimiento de delante hacia atrás, es decir, desde el pubis hacia el periné. Posteriormente, se realizará el aclarado y secado cuidadosamente prestando especial interés a los pliegues inguinales, utilizando en todo momento jabón neutro.

En el caso del hombre se retraerá el prepucio y se lavará al glande y el sucro balanoprepucial, para evitar ciertas complicaciones como puede ser la parafimosis o edema del glande, tras esto se realizará el lavado del resto de los genitales y secado (1).

Si en este momento de la higiene encuentran pequeñas heridas, se pondrá una solución antiséptica preparada para la zona como puede ser la povidona yodada al 10%.

Tras esto, la enfermera realizará el sondaje y mientras se procederá a la conexión de la bolsa a una altura que permita la evacuación sin contaminación, es decir, por debajo del nivel de la vejiga.

5 Discusión-Conclusión

Una vez finalizado este trabajo podemos objetivar la importante función de la TCAE para evitar complicaciones a corto y largo plazo en aquellos pacientes que se necesite realizar el procedimiento del sondaje vesical permanente o intermitente, ya sea para obtener una muestra de orina o, por el contrario, para otra causa médica.

Es conveniente recordar que también este procedimiento estará supervisado por parte del equipo de enfermería y que se trabajará de manera conjunta para así minimizar problemas; también es importante resaltar que la TCAE vigilará que la enfermera guarde en mayor de la medida posible las condiciones de esterilidad.

6 Bibliografía

1. Alaminos MA, Bocos MJ. Libro completo PDF. 2019.
2. Rodríguez EP. Cateterismo vesical. Cuidados de enfermería. Revista Cubana de Urología. 2018;7:20.
3. Martín JA, Martínez SV, Falcón DEG, Belloso DAM, González RS. Sondaje vesical. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2017; 24(10):596-604.

Capítulo 251

EL PAPEL Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

CARMEN CID PARRO

LOURDES FERRERA CAMACHO

NATALIA VILLALUENGA SEGOVIA

IRENE RAMIREZ MARTIN

JUANA MARÍA BORNEZ MARTIN

1 Introducción

En las urgencias hospitalarias, cuando se recibe una urgencia sanitaria, el personal que compone el equipo es multidisciplinar, es decir, la persona que experimenta un compromiso de riesgo vital será atendido por técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), celadores, enfermeras y médicos hasta su alta o traslado a otra unidad (1).

La O.M.S define urgencia sanitaria como “aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia” (2)

Dentro de una serie de definiciones también encontramos las catástrofes, que es aquel suceso inesperado que tiene numerosas víctimas y supera en un momento la capacidad asistencial de la zona requiriendo incluso la movilización de recursos extraordinarios. Otro concepto a destacar es el de accidente con múltiples víctimas, el cual compete a un evento súbito que produce lesiones a varios individuos y origina una demanda asistencial inmediata pero que es posible solucionar con los recursos disponibles locales.

En este servicio se pueden unificar todas las funciones del TCAE ya que es un área muy extensa que abarca todo tipo de patologías y edades, donde se deben poner en práctica todos los conocimientos adquiridos.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es describir las funciones del TCAE en los servicios de las 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 TCAE podrá realizar más o menos funciones dependiendo del área en el que trabaje, siendo las urgencias hospitalarias donde más funciones desarrollará ya que abarca mayor número de especialidades(3).

Cuando un paciente llega a urgencias y ha pasado los servicios de admisión y triaje, será el TCAE quien realice su ingreso en el servicio, lo acomode, identifique, lo desvista (en caso de que lo precise) y le proporcione todo lo necesario, siempre y en todo momento preservando su intimidad (4).

Por parte del TCAE será importante observar si considera al paciente independiente o por el contrario dependiente para las ABVDS. En el caso de que el paciente sea dependiente se deberá prestar especial atención en la aparición de úlceras y, si ya las tiene, avisar a enfermería para su correcta observación y registro (1).

El TCAE deberá poner especial atención al recoger las muestras biológicas como pueden ser esputo, orina o heces, así también de controlar la diuresis, deposición y excreciones.

En este servicio el TCAE será el responsable y el encargado de que siempre haya material disponible y de reponerlo tras su uso. Preparará también el material necesario y al paciente para las pruebas y técnicas precisas que se vayan a realizar, colaborando con el médico y enfermería. Dentro de esta función el TCAE deberá revisar y tener listo el material ubicado en los boxes, el aparataje, comprobando que todo funciona, así como de comunicar las incidencias si las hubiera(5).

En cuanto a la alimentación de los pacientes, el TCAE será el encargado de solicitar la dieta a cocina, ayudar al paciente a comer si fuera necesario y de administrar la medicación oral indicada por enfermería.

También se encargará de poner los enemas de limpieza. En este caso habrá que tener en cuenta si se tienen que poner con sonda rectal o no, en caso de que tenga que ponerse con sonda rectal este procedimiento deberá estar supervisado por profesionales de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión a este trabajo nos encontramos que las funciones de la TCAE son importantes, siempre que dentro de un trabajo en equipo, para que todos vayan en una misma dirección y en beneficio del paciente.

La calidad de la asistencia y los cuidados que pueden dar los TCAE en el servicio de urgencias son importantes y además, debido a la carga asistencial que supone, los equipos sanitarios deben estar provistos en todo momento de material, organización de los almacenes, y para ello la figura del TCAE resulta importante porque mantiene el orden y el material adecuado.

6 Bibliografía

1. Menárguez González C, Maestre Miralles A, Béjar Gastón I, González Pérez C. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en urgencias. *Revista Sanitaria de Investigación*. 2023;4(1 (Enero)):27.
2. 110-112.pdf [Internet]. [citado 6 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.reue.org/wp-content/uploads/2023/03/110-112.pdf>.
3. Carrión Fernández M. Riesgo biológico en un servicio de urgencias hospitalaria y su percepción por los profesionales sanitarios. 10 de junio de 2022 [citado 6 de septiembre de 2023]; Disponible en: <http://dspace.umh.es/handle/11000/29008>.

4. Gil Ortega R, Gallardo R, Erro Gómez M, Ferrer Gonzalo S, Leante Zorro N, Gómez Sevillano S. Funciones del TCAE ante el paciente con ictus en el servicio de urgencias y la unidad de ictus. *Revista Sanitaria de Investigación*. 2022;3(9):392.
5. Peña Manchón D. LAS CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES Y SU RELACIÓN CON LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS: UNA REVISIÓN NARRATIVA. 5 de julio de 2022 [citado 6 de septiembre de 2023]; Disponible en: <http://crea.ujaen.es/jspui/handle/10953.1/17973>.

Capítulo 252

LAS FUNCIONES A DESARROLLAR POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL TRIAJE HOSPITALARIO

CARMEN CID PARRO

LOURDES FERRERA CAMACHO

JUANA MARÍA BORNEZ MARTIN

NATALIA VILLALUENGA SEGOVIA

IRENE RAMIREZ MARTIN

1 Introducción

Una emergencia sanitaria se puede definir como la aparición de algún problema grave de salud que comprometa al individuo y necesita atención médica urgente (1)

Diferenciando de esta manera el concepto de urgencia, que puede definirse como aquella situación que se presenta en el individuo, pero que no hace peligrar la vida de las personas.

El triaje hospitalario también se denomina proceso RAC (recepción-acogida y clasificación), correspondiente al centro asistencial donde llegan las víctimas de una catástrofe y existen a unas reglas a seguir: los pacientes deben entrar por

una misma puerta de entrada (Urgencias) y deberán pasar primero por el triaje hospitalario para realizar su clasificación. Uno de los sistemas de clasificación más usados es el Sistema Manchester en tiraje- Manchester Triage System (MTS) Debido al incremento de la incidencia de la utilización por parte de la población al servicio de urgencias, es necesario la presencia del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la ubicación de triaje a fin de reducir los tiempos de espera (2)

En los servicios de urgencias hospitalarios el trabajo se realiza una manera conjunta con distintos profesionales de la salud, es decir, por un equipo multidisciplinar, de una manera ordenada y coordinada. Este servicio es muy amplio y engloba todas las patologías y edades (1)

2 Objetivos

- Dar a conocer la escala de clasificación en el triaje.
- Mostrar la función de la TCAE en los servicios de urgencias 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 elaborado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo. Se ha realizado una búsqueda con las siguientes palabras clave en los términos DESH: urgencia, emergencia y triaje.

4 Resultados

En el Sistema de Manchester de triaje se basa en un sistema sencillo, que tiene aplicabilidad por enfermería y que consta de cinco niveles de atención (categorías cerradas), a cada uno de ellos se asigna un número, un color y un nombre que se define en función de “tiempos clave” o “tiempo máximo de espera”.

La escala de clasificación se estructura en 52 motivos de consulta y los niveles de gravedad se clasifican en cinco:

- Nivel I: riesgo vital – color rojo.
- Nivel II: muy urgente- color naranja.
- Nivel III: urgente – color amarillo.

- Nivel IV: normal – color verde.
- Nivel V: no urgente- color azul.

Cuando un paciente llega a urgencias, una de las cuestiones más difíciles a conseguir es repetir su intimidad, debido a los numerosos procedimientos que se le pueden realizar debido a su patología o por el motivo de consulta (1)

Es aquí donde la TCAE deberá velar y preservar por la intimidad del paciente durante todo el tiempo y estancia en urgencias, comenzando por el triaje. Deberá asegurarse que la información contada a los profesionales sanitarios sea de manera íntima, sin ruidos, en un contexto agradable. Además de mantener en secreto su motivo de consulta y las confidencias que pueda realizar en el triaje (2)

Además, la TCAE será la encargada de identificar y ayudar, si así fuera preciso al paciente, con acciones como las de vestirse y desvestirse. Si el paciente precisara una recogida de muestras biológicas, será la TCAE la responsable de obtener dichas muestras y, si fuera necesario, por función delegada de enfermería, administrar medicación vía oral (3)

Tras esto, la TCAE tiene que tomar constantes vitales a fin de intentar reducir el tiempo de espera, mientras que enfermería realizar el triaje de una manera rápida y eficaz (1)

5 Discusión-Conclusión

El TCAE es una figura importante en el servicio de triaje, puesto que colabora con los demás profesionales sanitarios a realizar un triaje rápido y eficaz, así como ayudar al paciente si fuera necesario a expresarse, ya que tiene que velar por su intimidad en un ambiente acogedor y tranquilo.

Una buena dotación de conocimientos y experiencia en los TCAE que trabajan en el triaje hospitalario ayuda a dar respuesta a la complejidad de situaciones de emergencia, tanto en su forma de presentación como en tomar las medidas necesarias para su resolución. Es por ello que el personal debe mantenerse alerta y dar las respuestas necesarias a las situaciones presenciadas.

6 Bibliografía

1. La importancia del TCAE en el servicio de urgencias. Revista médica electrónica Portales Médicos 2013.
2. Revista. (2021). Funciones del TCAE en el Servicio de Urgencias. Ocronos-Editorial Científico-Técnica. <https://revistamedica.com/funciones-tcae-servicio-urgencias/>.

3. (S7f). Researchgate.net. Recuperado el 25 de julio de 2022, de https://www.researchgate.net/profile/Radhames-Hernandez/publication/15474237_The_utilization_of_a_hospital_emergency_service/links/0c960516563f88289e000000/The-utilization-of-a-hospital-emergency-service.pdf.

Capítulo 253

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS CONSULTAS EXTERNAS: PAPEL QUE DESEMPEÑA EN ESTE SERVICIO

JUANA JAVIERA CANO ROMERO

MARIA NIEVES GARCÍA MOLINA

ESPERANZA REQUENA ARENAS

MARÍA RAFAELA CALERO

DELIA SANDRA RODRÍGUEZ BALLESTEROS

1 Introducción

Las consultas externas en términos coloquiales serían consultas médicas que se hacen de forma ambulatoria después de derivar los pacientes por sus médicos de cabecera para un diagnóstico y tratamiento de una patología concreta. Este tipo de atención está pasando a un primer plano desde hace tiempo y cada vez se le da más importancia, ya que es una forma de descongestionar la atención especializada y urgencias.

Este servicio es un servicio polivalente y es la entrada o enlace con los servicios de atención hospitalaria, llegaremos aquí de diferentes formas, por atención primaria, urgencias o derivados de otros hospitales.

Es el acceso a las diferentes especialidades que se encuentran en un complejo sanitario, desde allí se les enviara a la realización de las pruebas pertinentes según las necesidades del paciente y, dependiendo de si son pruebas ambulatorias o con necesidad de ingreso, se les dirigirá a la especialidad que sea necesaria.

Los auxiliares serán el apoyo del médico especialista, recibirán a este, concretaran sus agendas, y realizaran tanto un trabajo administrativo como asistencial. Su labor aquí es tan necesaria como en hospitalización.

Los auxiliares comparten su trabajo con los auxiliares administrativos a la hora de dar cita para siguientes consultas con el médico responsable del servicio.

Se dará al paciente una atención personalizada y eficaz, tratando de resolver el problema de este, haciendo un seguimiento del tratamiento y realizando las pruebas complementarias que sean adecuadas a la patología que sufra

2 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha 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.

Las palabras clave utilizadas fueron: atención primaria, consultas externas, TCAE, atención primaria.

Así mismo, se buscó información en diferentes centros de consultas externas, como en centros de especialidades de la comunidad de Castilla la Mancha y a nivel nacional.

3 Resultados

En este servicio es imprescindible el trabajo de un TCAE, ya que sirven de apoyo al médico especialista, manejando y planificando las diferentes agendas, de forma que:

- Bloquea parte de las agendas para posibles reuniones del equipo médico.
 - Asigna las citas a los pacientes.
 - Tramita las interconsultas que sean necesarias.
 - Cambia las citas a petición de los pacientes que no puedan acudir a consulta
- Además, realiza otras muchas funciones como:
- Proporcionar la información necesaria al paciente, no rompiendo nunca el secreto profesional.

- Archivar volantes.
- Ofrecer los consentimientos informados a los pacientes.
- Se encarga de mantener la consulta limpia.
- Estar atento al material que necesite el médico, a que todo esté en perfecto orden, reponer la consulta y llevar el material utilizado en las exploraciones a esterilizar si fuese necesario.
- Solicitará al personal administrativo las historias clínicas del día siguiente para tener la consulta preparada.
- Reponer la medicación utilizada para que no falte nada para las próximas jornadas y controlar las fechas de caducidad del material y medicación.
- Colaborar en las curas y exploraciones que sean necesarias junto al equipo médico.
- Llevar el material utilizado a esterilizar y recogerá otro material ya esterilizado para la consulta del día siguiente.

En consultas externas, un solo auxiliar puede llevar hasta tres o cuatro agendas diferentes de cada uno de los médicos especialistas con los que trabaje.

Debido a la carga de trabajo, el auxiliar puede verse desbordado, siendo los recursos humanos insuficientes para atender al gran número de personas que acuden a consulta; los tiempos pueden llegar a eternizarse, los pacientes no encuentran solución a sus problemas y esto genera desconfianza en el sistema sanitario público.

El auxiliar de consultas externas trata de paliar esta desconfianza en el sistema, ya que la mayoría de las quejas se vierten en el personal sanitario que el paciente tiene cercano.

4 Discusión-Conclusión

El TCAE mantendrá siempre actualizados sus conocimientos en procedimientos administrativos, manejos de programas informáticos utilizados, tanto en diferentes centros de salud como hospitales y centros de especialidades, para poder ser competente en su trabajo.

En consultas externas realizará más trabajo administrativo y tendrá un trato más directo con el paciente.

Se resalta la importancia del papel del TCAE como administrativo, gestionando la documentación, información de la consulta y las historias clínicas, archivando los procesos y citando para próximas consultas. Esto implica tener un correcto

conocimiento de los sistemas informáticos para poder proporcionar la mejor atención al público.

5 Bibliografía

1. INCUAL. Instituto nacional de cualificaciones.
2. Medline plus.
3. Enfermeria.top.
4. Logoss formación.

Capítulo 254

FUNCIONES DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN MEDICINA INTERNA

JUANA JAVIERA CANO ROMERO

MARIA NIEVES GARCÍA MOLINA

ESPERANZA REQUENA ARENAS

DELIA SANDRA RODRÍGUEZ BALLESTEROS

MARÍA RAFAELA CALERO

1 Introducción

Esta especialidad médica trata a pacientes ingresados de diversas patologías, por lo que el equipo médico y de enfermería, entre las que se encuentran los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), deben tener un amplio conocimiento de las diferentes patologías que se pueden llegar a tratar y tienen que estar coordinados con el resto de especialistas. Este equipo debe actuar como en medicina general, puesto que no se averigua a que especialidad derivar al paciente, hasta después de realizarle diferentes pruebas que aporten un diagnóstico exacto y así poder ofrecer el mejor tratamiento médico y el resultado sea el esperado por el paciente y por los familiares.

El papel del TCAE es importante para poder informar en cualquier momento de las anomalías que observe y así tener una respuesta lo más rápida posible. Ayudará al enfermo a mostrar hábitos saludables específicos y estará pendiente de

que los tratamientos sean cumplidos por este, mientras se encuentre hospitalizado en este servicio.

Se le proporciona al paciente una atención integral e integrada, que se ajusta a sus necesidades, poniendo a disposición de este todos los medios necesarios para la prevención, atención y rehabilitación y ofreciendo todo el apoyo necesario por parte del equipo médico, aumentando así la esperanza de vida y dando la máxima calidad en esta atención hospitalaria.

2 Objetivos

- Dar a conocer el trabajo que realiza el técnico en cuidados auxiliares de enfermería dentro del servicio de la medicina interna.

3 Metodología

Para este artículo buscamos información en diferentes páginas de internet, revistas y publicaciones científicas, así como en temarios específicos del TCAE.

Utilizamos palabras clave como medicina interna, hospital, TCAE, equipo médico.

Consultamos el funcionamiento en diferentes centros hospitalarios comarcales y nacionales.

4 Resultados

En el Servicio de Medicina Interna, al paciente se le ofrece una atención integral que en gran medida depende del auxiliar de enfermería en total coordinación con el equipo de enfermería.

El TCAE se ocupa de:

- El aseo del paciente.
- Toma de temperaturas.
- Cambio de ropa de cama.
- Reparto de comidas.
- La ingesta por sondas nasogástrica.
- Controles de diuresis e ingesta de líquidos, contabilizando el balance hídrico de cada paciente que lo lleve pautado en los tratamientos.
- Se encarga de los cambios posturales de este para valorar el estado de la piel y así evitar posibles úlceras por presión.

- Repone el material de los carros de curas, coloca los pedidos de almacén y está pendiente de las caducidades de los medicamentos y del material fungible. Está pendiente de circunstancias que se pueden producir por periodos de larga estancia como:
 - Un largo periodo en cama suele traer consecuencias como la pérdida de masa muscular y de movilidad, por lo que se le deben pautar batidos de proteínas que regeneren esta masa muscular, y mantenga otras funciones vitales.
 - Los pacientes de medicina interna suelen perder el apetito, por eso es necesario una buena alimentación e hidratación. Tener una dieta variada es importante porque normalmente pasan mucho tiempo hospitalizados

Como observamos, el TCAE está relacionado sobre todo con cubrir las necesidades básicas del paciente dependiente hospitalizado, ya que es el más cercano y el que mejor observa cualquier cambio en la estructura física de este, como: las lesiones por presión, dermatitis del pañal, los diferentes estados de ánimo. Por lo tanto, es necesario un registro de cuidados e informar de cualquier anomalía al equipo médico y de enfermería.

En este servicio también nos encontramos con pacientes pertenecientes a la unidad de media y larga estancia (UMLE), que suelen quedarse hasta que se les deriva a un servicio especial según su patología.

5 Discusión-Conclusión

Es importante que el TCAE esté siempre en la constante búsqueda de la actualización de conocimientos para poder ofrecer unos cuidados básicos de calidad y estar siempre en constante evolución, al día de los tratamientos más novedosos. En el Servicio de Medicina Interna, es fundamental tener una especial sensibilidad para con los pacientes, empatía, transmitir tranquilidad tanto al paciente como a las familias y ofrecer la mejor calidad asistencial, siempre orientada a la recuperación, mostrando ser un profesional competente.

En este servicio se encontrarán tanto enfermedades crónicas como patologías complejas, que llevan consigo tratamientos lentos en los que el paciente deberá permanecer mucho tiempo dentro de esta unidad y bajo el cuidado y supervisión de los médicos internistas y del equipo de enfermería.

6 Bibliografía

- Enfermeriatv.es.

- Fundación pilares.
- Gobierno Castilla la Mancha/sanidad: www.medicointernista.es.

Capítulo 255

TRIAJE EN PACIENTE SOSPECHOSO DE COVID-19

JAVIER FERNÁNDEZ GARCÍA

1 Introducción

El triaje es un proceso importante en la atención médica, especialmente durante una pandemia como la del COVID-19. El objetivo del triaje es evaluar la gravedad del paciente y asignar una prioridad de atención para optimizar los recursos médicos disponibles, además el triaje hospitalario busca garantizar que los pacientes más críticos reciban atención médica urgente y para reducir la transmisión del virus en el hospital.

El padecimiento de la COVID-19 conlleva sufrir principalmente una dolencia de carácter respiratorio en la que sus principales signos son la fiebre, tos y dificultad para respirar. El coronavirus está originado por un virus contagioso que fue propagándose por todo el territorio mundial, provocando graves problemas de salud e incluso el fallecimiento de algunos de los infectados.

Durante el triaje, el personal médico evalúa al paciente mediante la medición de signos vitales, como la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la temperatura corporal y la frecuencia respiratoria. También se hace una revisión de los antecedentes médicos del paciente, incluyendo cualquier medicación que esté tomando, cualquier enfermedad crónica que tenga y cualquier alergia conocida. Los síntomas actuales del paciente también se tienen en cuenta, como el dolor, la fiebre, la tos y otros síntomas que puedan estar presentes.

En el caso de pacientes sospechosos de COVID-19, el triaje se enfoca en identificar a aquellos que presentan síntomas graves o que tienen un mayor riesgo

de desarrollar complicaciones. Algunos de los síntomas comunes de COVID-19 incluyen fiebre, tos seca, fatiga, dolor de cabeza y dificultad para respirar.

2 Objetivos

Tomar conciencia, desde triaje, de la importancia que tiene detectar en un paciente los principales signos de la enfermedad COVID con anterioridad a enviar al paciente a otras salas o consultas del ambulatorio u hospital y así evitar la propagación de tal virus.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una indagación de documentos y textos relacionados sobre los contactos COVID, así como contagios, virus, etc. Además se consultaron artículos en reconocidas bases de datos como son Scielo, Medline, Elsevier donde se tratan distintos puntos interesantes en artículos académicos revisados.

4 Resultados

Una de las cosas más importantes que un profesional sanitario debe tener en cuenta en enfermedades con este tipo de sintomatología y de tan elevada propagación es estar atento y detectar los síntomas cuando los pacientes llegan a un hospital o centro de salud, es decir, comprobar pirexia, tos, mucosidad, disnea, pérdida del olfato o del gusto o si han entrado en contacto con otras personas positivas en COVID...

Gracias a estos datos, podremos identificar el virus y realizar una mejor detección. Además, debemos hacer que la ciudadanía tome conciencia sobre las medidas para mantener la seguridad; uso de mascarillas, lavado de manos, distancia personal, etc.

Para realizar el triaje de un paciente sospechoso de COVID-19, el personal médico puede utilizar una combinación de preguntas sobre síntomas y factores de riesgo, así como la evaluación clínica del paciente. Algunas preguntas que pueden hacerse incluyen:

- ¿Ha tenido fiebre en los últimos días?
- ¿Ha tenido tos o dificultad para respirar?

- ¿Ha estado en contacto cercano con alguien que ha sido diagnosticado con COVID-19?

- ¿Ha viajado recientemente a una zona de alto riesgo de COVID-19?

Si el paciente presenta síntomas graves o tiene un alto riesgo de complicaciones, se le asignará una prioridad de atención más alta y se le derivará para recibir atención médica inmediata. En algunos casos, el paciente puede ser remitido a un centro de tratamiento especializado para pacientes con COVID-19.

El triaje durante la pandemia de COVID-19 generalmente implica la evaluación de los síntomas del paciente, su historial médico y su exposición potencial al virus. Los pacientes con síntomas graves, como dificultad para respirar, dolor en el pecho o confusión, se consideran urgentes y se les da prioridad para recibir atención médica.

Además, se pueden utilizar diversas herramientas para ayudar en el proceso de triaje. Por ejemplo, algunos hospitales han implementado cuestionarios en línea para que los pacientes los completen antes de llegar al hospital. Estos cuestionarios pueden incluir preguntas sobre los síntomas, la exposición al virus y la ubicación del paciente. El personal médico puede revisar estos cuestionarios antes de que el paciente llegue al hospital para identificar rápidamente a aquellos con síntomas graves y priorizar su atención.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo claros los síntomas de una enfermedad tan contagiosa como es el COVID-19, y pudiendo detectar estos en los distintos pacientes, lograremos mermar la propagación del virus ya que así podremos derivarlos a otras salas y consultas especialmente dedicadas a pacientes con esta infección y los trabajadores que entren en contacto con estos, podrán prever el contagio y emplear todos los equipos de protección individual necesarios.

Es importante recordar que el triaje es un proceso importante para garantizar que los recursos médicos se asignen de manera eficiente durante una pandemia. Es importante tener en cuenta que el triaje durante la pandemia de COVID-19 puede variar según la ubicación, la capacidad del hospital y los recursos disponibles. Sin embargo, en general, el objetivo principal del triaje es garantizar que los pacientes reciban la atención médica que necesitan de manera oportuna y segura.

6 Bibliografía

1. Camargo Rubio, R. D. (2022). Triage en la pandemia COVID-19: un abordaje con perspectiva de derechos humanos. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 22(3), 182–190. <https://doi.org/10.1016/j.acci.2021.09.003>
2. (Gobierno de España, Ministerio de Sanidad). Manejo en urgencias del COVID-19, http://chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfindmkaj/https://www.sanidad.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo_urgencias_pacientes_con_COVID-19.pdf

Capítulo 256

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

JUANA JAVIERA CANO ROMERO

MARIA NIEVES GARCÍA MOLINA

ESPERANZA REQUENA ARENAS

DELIA SANDRA RODRÍGUEZ BALLESTEROS

MARÍA RAFAELA CALERO

1 Introducción

Gracias a esta unidad conocemos más a fondo el órgano del corazón, su fisiología y las patologías de este, sabemos que existen diferentes enfermedades que tienen su origen en este órgano y que existen diferentes médicos que atienden estas enfermedades junto con un equipo especializado de enfermería y TCAE que intervendrán siempre que sea necesario. Esta unidad de hospitalización estará dedicada a las enfermedades cardiovasculares. Dos tercios de los ingresos en centros de atención hospitalaria son por infarto agudo de miocardio y otros síndromes cardiovasculares. Las enfermedades cardiovasculares van en aumento debido a la alimentación, la obesidad, sedentarismo, alcohol, tabaco, ritmo de vida debido al estrés, al envejecimiento fisiológico, tenemos más años de vida pero no con calidad.

En la actualidad en España se producen más de cien mil muertes por este tipo de patología, hay un gran número de personas asintomáticas para las que el tiempo corre en su contra, por confluir en ellos algunos de los factores de riesgo anteriormente expuestos, esto podría evitarse desde la prevención y promoción de la salud. Sería la forma de evitar el gran número de pacientes con enfermedades cardíacas que absorbe nuestro sistema de salud. Hay que concienciar a la población de que la mejor prevención es una vida saludable.

2 Objetivos

Exponer las diferentes funciones y roles que tiene el TCAE dentro de este servicio especializado en las dolencias cardíacas de los pacientes, siendo este servicio un pilar de los centros hospitalarios por su importancia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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

Es importante contar con profesionales sanitarios preparados en esta rama de la medicina. El TCAE en este servicio desarrollará diferentes tareas colaborando con el equipo médico y de enfermería de forma estrecha y en constante comunicación, es el eslabón que une a estos con el enfermo, el que más cercano está a este, el que podrá observar los cambios que se produzcan en el paciente.

La asistencia al enfermo cardíaco requiere un gran conocimiento en esta área, debido a la importancia de este servicio. Realizan tareas asistenciales que son tan importantes como las del equipo médico, para proporcionar al paciente que su estancia sea lo más cómoda posible.

Revisar las botellas de agua para los oxígenos, y que estos estén en correcto funcionamiento. Como puede verse la tarea de los TCAE es variada y de diferente índole, siendo todas las tareas de suma importancia para la recuperación del paciente.

Se le dará la alimentación por sonda nasogástrica si hubiese paciente con ese tipo de alimentación.

Colaborar con la enfermera en las curas programadas, realizar E.C.G. Transportar muestras al laboratorio.

Limpiar todo el material utilizado y si es necesario se llevará a la sala de esterilización.

Se observa que la tarea del TCAE en esta unidad es importante, se realizan diferentes tareas por parte de este personal sanitario, desde asistir al paciente en el aseo personal, cambio de ropa de cama, control de diuresis registradas, toma de constantes como son la temperatura, entre otras, informar de cualquier anomalía observada en el paciente, control y reposición del almacén, carros de lencería. Reponer todo el material que se usa a diario, desde jeringas, apósitos, sueros, gasas. Mantener todo ordenado desde los electros pendientes de que no falte nada, desfibriladores, ecógrafos. Revisar las caducidades de la medicación. Reponer batas, guantes, todo el material fungible.

5 Discusión-Conclusión

Nos damos cuenta de que todo el TCAE es una de las partes fundamentales del equipo de enfermería, como en otros servicios es el personal que más cercano se encuentra al paciente, el que lo ve día a día, observa la evolución y la que transmite la información al resto del personal sanitario. Es el que organiza la planta bajo la supervisión del equipo de enfermería trabajando con la mano a mano.

El TCAE debe seguir formándose, es la mejor forma de estar actualizado en todas las técnicas que se pueden realizar en este servicio y conocer todo el material que se llegue a utilizar.

6 Bibliografía

www.chospab.es

Unidad coronaria Vall d'Hebron www.espaciosanitario.com

www.Essaeformacion.com

Revista Española de Cardiología

Capítulo 257

EL ÁREA DE REHABILITACIÓN FÍSICA Y EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

JOSE SOTO GARCIA

NEREA DIAZ-CACHO GUTIÉRREZ

SANDRA MARTÍN ESTREMERÁ

BEATRIZ ROJO MAYO

DAVID ARROYO ORTEGA

1 Introducción

En el ámbito de la salud, la rehabilitación física ocupa un lugar fundamental para aquellos que han sufrido lesiones, enfermedades o procedimientos médicos que afectan su capacidad de movimiento y funcionalidad. En este contexto, el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería emerge como una pieza clave en el proceso de recuperación de los pacientes. Estos profesionales desempeñan un rol esencial al colaborar con el equipo de rehabilitación y brindar apoyo directo a los pacientes en su viaje hacia la recuperación física y funcional.

En este documento, exploraremos la intersección entre el área de rehabilitación física y el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería. Abordaremos

cómo su participación activa en terapias, movilización segura, observación, asistencia con dispositivos de asistencia y apoyo emocional es vital para el éxito de los programas de rehabilitación. Además, discutiremos cómo su comunicación efectiva con el equipo de rehabilitación y su documentación precisa contribuyen a la evaluación y ajuste de los tratamientos.

A medida que avanzamos en un mundo donde la rehabilitación física juega un papel cada vez más importante en la mejora de la calidad de vida de los pacientes, el trabajo de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería se convierte en un pilar esencial en este proceso. Su dedicación y habilidades no solo aseguran la recuperación física, sino que también proporcionan el apoyo emocional necesario para que los pacientes enfrenten los desafíos con una actitud positiva. En este contexto, exploraremos cómo su labor en el área de rehabilitación física destaca su contribución valiosa en la promoción de la salud y el bienestar de los pacientes.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer y evaluar los principales cuidados que ejercen los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en el gimnasio de rehabilitación y fisioterapia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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 rehabilitación física desempeña un papel esencial en la recuperación y mejora de la funcionalidad de los pacientes que han sufrido lesiones, enfermedades o cirugías que afectan su movilidad y capacidad física. En este contexto, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería tienen una función vital al colaborar estrechamente con el equipo de rehabilitación y proporcionar un apoyo integral a los pacientes durante su proceso de recuperación. A continuación, exploraremos la relación entre el área de rehabilitación física y el trabajo del técnico

en cuidados auxiliares de enfermería.

1. Asistencia en terapias: Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería brindan asistencia valiosa durante las sesiones de terapia física y ocupacional. Pueden ayudar a los pacientes en la realización de ejercicios prescritos, ajustar el equipo necesario y proporcionar apoyo emocional durante el proceso.
2. Movilización segura: Los pacientes en rehabilitación a menudo pueden tener dificultades para moverse por sí mismos. Los técnicos son responsables de ayudar en la movilización segura de los pacientes, utilizando técnicas adecuadas para prevenir lesiones y promover la independencia gradual.
3. Cuidado postoperatorio: Después de una cirugía o procedimiento médico, los pacientes pueden requerir cuidados especializados para una recuperación exitosa. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería colaboran con el equipo de rehabilitación para asegurar que los pacientes sigan las indicaciones posoperatorias y reciban los cuidados necesarios.
4. Observación y comunicación: Los técnicos son quienes interactúan más directamente con los pacientes en rehabilitación, lo que les permite observar cualquier cambio en su estado de salud y bienestar. La comunicación efectiva con el equipo de rehabilitación es esencial para informar sobre el progreso y posibles complicaciones.
5. Ayuda con dispositivos de asistencia: En algunos casos, los pacientes en rehabilitación pueden necesitar utilizar dispositivos de asistencia, como sillas de ruedas, andadores o prótesis. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería brindan orientación sobre su uso correcto y colaboran en la adaptación a estos dispositivos.
6. Documentación y seguimiento: Los técnicos registran y documentan de manera precisa los avances y cambios en el estado de los pacientes durante su proceso de rehabilitación. Esta información es valiosa para evaluar la eficacia de los tratamientos y realizar ajustes según sea necesario.
7. Apoyo emocional: La rehabilitación física puede ser un proceso desafiante tanto física como emocionalmente. Los técnicos proporcionan un apoyo comprensivo y alentador, ayudando a los pacientes a mantener una actitud positiva y motivada hacia su recuperación.

5 Discusión-Conclusión

Encontramos tras el análisis de los resultados obtenidos en nuestro trabajo de investigación que en conclusión, el rol del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el área de rehabilitación física es de vital importancia para el proceso

de recuperación y mejora de la funcionalidad de los pacientes. Su labor abarca una variedad de aspectos cruciales que contribuyen directamente al éxito de los programas de rehabilitación y al bienestar general de los individuos en proceso de recuperación.

La asistencia en terapias y ejercicios, así como la movilización segura de los pacientes, demuestran su compromiso con la recuperación física y la prevención de posibles complicaciones. La observación atenta y la comunicación efectiva con el equipo de rehabilitación permiten detectar cambios en el estado de salud y ajustar los tratamientos según sea necesario. Además, su apoyo emocional brinda una perspectiva holística a la rehabilitación, ayudando a los pacientes a mantener una actitud positiva y motivada.

La colaboración interdisciplinaria y la documentación precisa son pilares esenciales que sustentan la eficacia de los programas de rehabilitación. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería aportan información valiosa para la toma de decisiones informadas y la mejora continua de los tratamientos.

6 Bibliografía

1. Parra, D., Loza, D., & Nariño, C. (2016). Evaluación de las competencias clínicas en estudiantes de enfermería. *Revista Cuidarte; Bucaramanga*, 7(2), 1271-1278.
2. Pérez, F. (2008). El papel del profesor de práctica clínica. *Educación Médica*, 11(Sup. 1), 37-42. Presidencia de la República. (19 de junio de 2002). Decreto 1278. Por el cual se expide el Estatuto de Profesionalización Docente.
3. Santos, M. (2003). Una flecha en la diana: La evaluación como aprendizaje (Vol. 5). Madrid: Narcea.
4. Stobart, G. (2005). Perdido en la traducción: pasar de los principios a la política a la práctica en la evaluación formativa. *Evaluación en la educación: Principios, política y práctica*, 12(1), 3-5.
5. Tiga, D., Parra, D., & Domínguez, C. (2014). Competencias en proceso de enfermería en estudiantes de práctica clínica. *Cuidarte*, 5(1).
6. Tovar, B. (2016). Coherencia del modelo pedagógico y la evaluación del aprendizaje en una universidad de Bogotá. *Praxis Pedagógica*, 16(18), 53-70.

Capítulo 258

EL TABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS CUIDADOS DE HIGIENE Y LAVADO CORPORAL DE LOS PACIENTES ENCAMADOS

JOSE SOTO GARCIA

DAVID ARROYO ORTEGA

BEATRIZ ROJO MAYO

SANDRA MARTÍN ESTREMERÁ

NEREA DIAZ-CACHO GUTIÉRREZ

1 Introducción

En el ámbito de la atención médica, el rol del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es esencial para brindar cuidados de calidad y compasión a los pacientes. Uno de los aspectos cruciales de su trabajo es la atención a los pacientes encamados, quienes enfrentan desafíos particulares debido a su limitada movilidad. En este contexto, los cuidados de higiene y lavado corporal cobran una relevancia

especial, ya que no solo se trata de mantener la limpieza, sino también de preservar la dignidad y el bienestar de los pacientes en circunstancias que pueden ser difíciles.

Este documento se adentrará en la relación entre el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería y los cuidados de higiene y lavado corporal de los pacientes encamados. Exploraremos cómo los técnicos desempeñan un papel crucial en la ejecución de estos cuidados esenciales, contribuyendo directamente a la comodidad, la prevención de complicaciones y el apoyo emocional de los pacientes. Además, discutiremos la importancia de la colaboración y la comunicación en el equipo de atención médica para garantizar una atención integral y de alta calidad.

En un mundo donde la atención médica se esfuerza por brindar cuidados que respeten la dignidad y el bienestar de los pacientes, el trabajo de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, en los cuidados de higiene y lavado corporal a los pacientes encamados destaca su compromiso con el humanismo en la atención médica y su contribución valiosa a la mejora de la calidad de vida de quienes confían en su cuidado.

2 Objetivos

- Conocer y evaluar los principales cuidados que se ejercen, desde los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y la higiene de los pacientes ingresados, en las plantas hospitalarias.
- Exponer las variables que se analizan en los estudios relacionados con los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y el lavado de pacientes ingresados en las plantas hospitalarias.

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, PEDro y Ebsco Host.

Se incluyeron metaanálisis, revisiones sistemáticas y bibliográficas de bases de datos nacionales e internacionales. Se encontraron un total de 13 artículos, seleccionados finalmente 10 artículos.

La estrategia de búsqueda de nuestra revisión fue: (“patient wash” OR “bedridden patient”) AND (“nursing assistant” OR tcae OR “nursing Assistants”).

4 Resultados

El trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es fundamental en la atención y bienestar de los pacientes encamados, especialmente en lo que respecta a los cuidados de higiene y lavado corporal. Los pacientes que se encuentran en esta condición pueden experimentar limitaciones en su movilidad y capacidad para realizar actividades básicas, lo que hace que los cuidados de higiene y lavado sean esenciales para su comodidad, salud y dignidad. A continuación, exploraremos en detalle la relación entre el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería y la atención a la higiene y lavado corporal de los pacientes encamados.

1. Asistencia en la higiene personal: Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería son responsables de brindar asistencia en la higiene personal de los pacientes encamados. Esto incluye el lavado y secado adecuado de la piel, el cabello y las áreas íntimas, garantizando que los pacientes se sientan limpios y cómodos.
2. Prevención de complicaciones: La falta de higiene adecuada puede llevar a complicaciones como infecciones de la piel y úlceras por presión. Los técnicos juegan un papel crucial en la prevención de estas complicaciones al mantener la piel limpia y seca, así como al cambiar regularmente la posición del paciente para evitar la presión constante en ciertas áreas.
3. Respeto a la dignidad: Los pacientes encamados a menudo pueden sentirse vulnerables debido a su dependencia en los demás para las actividades básicas. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería abordan este aspecto con respeto y sensibilidad, asegurando que los pacientes sean tratados con dignidad y privacidad durante los procedimientos de higiene y lavado.
4. Observación y detección de cambios: Durante el proceso de higiene y lavado, los técnicos tienen la oportunidad de observar la piel del paciente en busca de cambios, como enrojecimiento o irritación. Esta observación temprana puede ayudar a identificar problemas de salud en etapas incipientes.
5. Comunicación y colaboración: Los técnicos trabajan en estrecha colaboración con el equipo de enfermería y otros profesionales de la salud para garantizar que los cuidados de higiene y lavado se realicen de manera adecuada y oportuna. La comunicación efectiva es esencial para mantener un enfoque integral en la atención del paciente.
6. Apoyo emocional: La interacción durante los cuidados de higiene y lavado también brinda la oportunidad de proporcionar apoyo emocional a los pacientes. Los técnicos pueden establecer un ambiente de confianza y confort, contribuyendo a la mejora del bienestar emocional de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel esencial en la atención de los pacientes encamados, particularmente en lo que respecta a los cuidados de higiene y lavado corporal. La importancia de estos cuidados va más allá de la limpieza física; abarca la preservación de la dignidad, la prevención de complicaciones y el apoyo emocional de los pacientes en situaciones de vulnerabilidad.

La asistencia en la higiene personal no solo contribuye a la comodidad del paciente, sino que también juega un papel crucial en la prevención de infecciones de la piel y úlceras por presión. La observación durante estos procedimientos permite detectar cambios en la salud de los pacientes de manera temprana, facilitando una intervención oportuna.

La colaboración con el equipo de enfermería y otros profesionales de la salud es fundamental para garantizar que los cuidados de higiene y lavado se realicen de manera adecuada y coordinada. La comunicación efectiva asegura que se atiendan las necesidades individuales de los pacientes y que se aborden sus preocupaciones.

Además de su papel práctico, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería también brindan apoyo emocional y respeto a la dignidad de los pacientes. La interacción durante estos procedimientos puede ser una oportunidad para establecer una relación de confianza y comodidad, lo que contribuye al bienestar emocional de los pacientes.

En un mundo donde la humanización de la atención médica es fundamental, el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, en los cuidados de higiene y lavado corporal a los pacientes encamados, refuerza la importancia de la empatía, el respeto y la dedicación en la prestación de cuidados de calidad. Su labor demuestra cómo los pequeños gestos pueden tener un impacto profundo en la experiencia de los pacientes y en la promoción de su bienestar general.

6 Bibliografía

1. Rego Agraso, L. (2017). Los centros de formación profesional y su vinculación con el entorno: la perspectiva de alumnado y profesorado. *Revista Complutense de Educación*, 29(3), 683–697. <https://doi.org/10.5209/rced.53622>
2. Ruiz, J. A., & Del Valle, I. (2014). Las Nuevas Tecnologías Como Herramientas Que Facilitan La Educación Formativa En La Educación. *Estrategias Innovadoras Para La Docencia Dialógica y Virtual*, 25–40. <http://www.seeci.net/cuiciid2013/>

pdfs/unido

mesa 2 docencia.pdf

3. Salmerón Aroca, J. A., Martínez De Miguel López, S., & Avilés Hernández, J. D. (2020). Aprendizaje-servicio en la FP sanitaria dentro del marco contextual de Geriatria. In 4th International Virtual Conference on Educational Research and Innovation. <http://www.civinedu.org/wp-content/uploads/2020/11/CIVINEDU2020.pdf>
4. Silva Quiroz, J., & Maturana Castillo, D. (2017). Una propuesta de modelo para introducir metodologías activas en educación superior. *Innovación Educativa*, 17(73), 117–131.
5. Universia. (2018). La importancia del aprendizaje basado en competencias. <https://www.universia.net/mx/actualidad/orientacion-academica/importanciaaprendizaje-basado-competencias-1148881.html>
6. Vega Gutiérrez, A. M., Mouelhi, A., Baños Ruiz, A., & González Varas, A. (2017). Los derechos humanos en la educación superior: Enfoques pedagógicos innovadores a través del aprendizaje-servicio y el aprendizaje basado en competencias.

Capítulo 259

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS CUIDADOS EN EL PARITORIO HOSPITALARIO

JOSE SOTO GARCIA

SANDRA MARTÍN ESTREMERÁ

NEREA DIAZ-CACHO GUTIÉRREZ

DAVID ARROYO ORTEGA

BEATRIZ ROJO MAYO

1 Introducción

El paritorio hospitalario es un espacio único y crucial en el ámbito de la atención médica, donde se brinda cuidado especializado a las mujeres durante el proceso de parto y alumbramiento. En este entorno delicado y emocionalmente intenso, el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es de suma importancia para garantizar el bienestar tanto de la madre como del recién nacido. Su labor abarca desde la asistencia práctica y el apoyo emocional hasta la colaboración con el equipo médico en este momento trascendental en la vida de las familias. Este documento explora en detalle la relación entre el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería y los cuidados en el paritorio hospitalario. Analizaremos cómo su presencia y habilidades son fundamentales para crear un entorno

seguro, cómodo y acogedor para las madres que están a punto de dar a luz. También examinaremos las diversas responsabilidades que asumen durante el proceso de parto y cómo su colaboración interdisciplinaria contribuye al éxito de la atención en esta fase crucial.

En un mundo donde la experiencia de dar a luz es un evento trascendental en la vida de las familias, el papel de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en el paritorio destaca su compromiso con la atención centrada en el paciente, el apoyo emocional y la colaboración interprofesional. A lo largo de este texto, exploraremos cómo su labor juega un papel crucial en la promoción de la salud y el bienestar durante el proceso de parto y alumbramiento en el entorno hospitalario.

2 Objetivos

- Conocer y evaluar los principales cuidados que se ejercen desde los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y el desempeño laboral en el paritorio.
- Exponer las variables que se analizan en los estudios relacionados con los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y el trabajo en paritorio.

3 Metodología

La revisión se realizó entre los meses de junio de 2023 y septiembre de 2023. Se buscó en motores de búsqueda de datos como son: Medline y Google Académico. Se incluyeron metaanálisis, revisiones sistemáticas y bibliográficas de bases de datos nacionales e internacionales. Se encontraron un total de 14 artículos, seleccionados finalmente 10 artículos.

La estrategia de búsqueda de nuestra revisión fue: (“Birth room” OR “hospital Birth room”) AND (“nursing assistant” OR tcae OR “nursing Assistants”).

4 Resultados

El paritorio hospitalario es un entorno donde se brinda atención especializada a las mujeres durante el proceso de parto y alumbramiento. En este contexto, el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es esencial para asegurar el bienestar de la madre y el recién nacido, proporcionando asistencia y apoyo tanto a la madre como al equipo médico. A lo largo de este texto, exploraremos

la relación entre el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería y los cuidados en el paritorio hospitalario.

1. Apoyo a la madre: Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería desempeñan un papel fundamental en la asistencia a las madres durante el proceso de parto. Proporcionan comodidad, aliento y apoyo emocional, creando un ambiente tranquilo y seguro para la madre y su familia.
2. Preparación del entorno: Antes de que comience el parto, los técnicos se encargan de preparar el entorno, asegurando que todas las herramientas y equipos necesarios estén disponibles y funcionando correctamente.
3. Asistencia al equipo médico: Los técnicos colaboran estrechamente con el equipo médico, proporcionando herramientas y suministros necesarios durante el parto. Su capacidad para responder de manera efectiva a las necesidades del equipo contribuye a una atención eficiente y segura.
4. Cuidado del recién nacido: Una vez que el bebé ha nacido, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería brindan los primeros cuidados al recién nacido, como el secado y el abrigo. También pueden colaborar con la enfermera pediátrica en la administración de procedimientos iniciales, como la administración de vitamina K.
5. Documentación y registros: Los técnicos registran información vital antes, durante y después del parto, asegurando que se mantengan registros precisos de los procedimientos realizados, los medicamentos administrados y el estado de la madre y el recién nacido.
6. Limpieza y preparación postparto: Después del parto, los técnicos asisten en la limpieza y preparación de la madre y la sala de partos para su posterior uso.
7. Apoyo emocional y comunicación: El trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería también incluye brindar apoyo emocional a la madre y su familia, así como comunicar cualquier necesidad o cambio en el estado de la paciente al equipo médico.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el paritorio hospitalario es de vital importancia para asegurar una experiencia segura, cómoda y emocionalmente apoyada para las madres que están a punto de dar a luz y sus recién nacidos. Su labor abarca desde la preparación del entorno y la asistencia durante el parto hasta la atención inicial al recién nacido y el apoyo emocional a la madre y su familia.

La colaboración estrecha con el equipo médico y la comunicación efectiva son

fundamentales para garantizar que todo el proceso de parto transcurra sin problemas y según las necesidades de la madre. La habilidad del técnico en cuidados auxiliares de enfermería para proporcionar herramientas y suministros necesarios en el momento adecuado contribuye a la eficiencia y la seguridad del entorno del paritorio.

El apoyo emocional brindado por estos profesionales es invaluable. Su presencia tranquilizadora y sus palabras de aliento pueden marcar una gran diferencia en la experiencia emocional de la madre durante el proceso de parto y alumbramiento. Además, su capacidad para proporcionar cuidados iniciales al recién nacido ayuda a establecer un comienzo saludable y seguro para el nuevo miembro de la familia.

En un contexto donde la atención médica se esfuerza por brindar un enfoque centrado en el paciente, el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el paritorio ejemplifica el compromiso de proporcionar cuidados integrales y humanizados. Su dedicación y habilidades contribuyen directamente a crear un ambiente de apoyo y confianza, permitiendo que las madres y sus familias enfrenten este momento significativo con seguridad y tranquilidad.

6 Bibliografía

1. Suc Chocooj, E.A., (2014) Competencias del personal auxiliar de enfermería en la identificación de signos y señales de peligro durante el trabajo de parto en el municipio de Chisec Alta Verapaz. (Tesis Maestría en Enfermería Materno Neonatal). Recuperado: <https://docplayer.es/13989732-Universidad-de-san-carlos-de-guatemala-facultad-deciencias-medicas-escuela-de-postgrados.html>.
2. Tul Chiquin, C. (2018). Competencias del personal de enfermería en el abordaje de las emergencias obstétricas en el centro de atención permanente de Chisec, Alta Verapaz, Guatemala. Recuperado de: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjrkd/2018/09/02/TulCarlos.pdf>
3. Canto Rodríguez, Y., (2015). Satisfacción de las usuarias de los cuidados de enfermería durante el parto y posparto inmediato. (Tesis de Maestría, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas). Recuperado de: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/4480/1/Canto%20Rodr%C3%ADguez%2C%20Yoland.pdf>
4. Ccente Condori, M. E. (2018). Conocimiento y actitud del profesional de salud frente a la atención de parto con adecuación intercultural en los establecimientos de las redes de salud Acobamba y Churcampá. (Tesis de

Maestría, Universidad Nacional de Huancavelica). Recuperado de: repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/2287. pdf.

5. Cajahuaman flores, L.M. (2018). Factores culturales que impiden la asistencia al parto institucional en gestantes del centro de salud-Huacar. (Tesis de Obstetra. Escuela Académico Profesional de Obstetricia) Recuperado de: [http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/993/CAJAHUAMAN%20FLOR ES,%20Lucy%20Marleni.pdf?sequence=1](http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/993/CAJAHUAMAN%20FLOR%20Lucy%20Marleni.pdf?sequence=1)

6. De León López,V. A. (2015). Humanización del cuidado de enfermería en la atención del parto en el hospital regional de occidente, Quetzaltenango. (Tesis de Licenciada en Enfermería). Recuperado de: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/09/02/De-LeonAntonieta.tpdf>

Capítulo 260

EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON PACIENTES QUE HAN SUFRIDO UNA FRACTURA DE CADERA

SHATNER ELVIS SOTO SOLIS

M^o GEMA REBOLLO LOPESINO

LAURA PARREÑO LOPEZ

ANA MARÍA MERINO SALVANES

MARÍA NIEVES CRESPO ROMERO

1 Introducción

En el ámbito de la salud, las fracturas de cadera representan un desafío importante debido a sus consecuencias físicas y emocionales. Los pacientes que sufren estas fracturas a menudo enfrentan limitaciones en su movilidad, lo que puede llevar a una disminución de la independencia y a un aumento en el riesgo de complicaciones como úlceras por presión y trombosis venosa profunda. Aquí es donde entra en juego el papel esencial de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

Estos profesionales desempeñan una serie de funciones que contribuyen directamente a la recuperación y al bienestar de los pacientes con fractura de cadera. Uno de los aspectos cruciales de su labor es la asistencia en la movilización. Los TCAE aplican técnicas adecuadas para movilizar a los pacientes dentro de los límites establecidos por los médicos, asegurando tanto la seguridad del paciente como la prevención de complicaciones. Además, colaboran en la administración de cuidados de higiene personal, garantizando que los pacientes se sientan cómodos y manteniendo su dignidad en todo momento.

La colaboración con el equipo de salud es otro pilar fundamental en el trabajo de los TCAE. Trabajando en conjunto con enfermeras, médicos y terapeutas, aseguran que los planes de atención sean implementados de manera efectiva y coordinada. Esto incluye la medición y registro de signos vitales, el seguimiento de la ingesta de alimentos y la administración de medicamentos, si es necesario.

La prevención de complicaciones es una responsabilidad clave de los TCAE en este contexto. Estos profesionales están capacitados para reconocer signos tempranos de posibles problemas, como infecciones o deterioro de la piel debido a la inmovilidad, y tomar medidas preventivas para evitar su desarrollo.

Sin embargo, la labor de los TCAE va más allá de lo meramente técnico. Brindan apoyo emocional a los pacientes que pueden estar lidiando con el estrés y la ansiedad asociados con una fractura de cadera. El simple acto de conversar y mostrar empatía puede marcar una gran diferencia en la experiencia de recuperación de los pacientes.

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 el acompañamiento de los pacientes con fracturas de cadera.

Objetivo Secundario:

- Exponer las variables que se analizan en los estudios relacionados con los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y los pacientes con fracturas de cadera.

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 10 artículos, según los criterios de inclusión y exclusión de nuestra revisión.

La estrategia de búsqueda de nuestra revisión fue: (“hip fractures” OR “hip fracture”) AND (“nursing assistant” OR tcae OR “nursing Assistants”).

4 Resultados

El trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es crucial en el cuidado de pacientes que han sufrido una fractura de cadera. Estas fracturas son comunes, especialmente en personas mayores, y pueden tener un impacto significativo en la movilidad y la calidad de vida del paciente.

El papel del TCAE en el cuidado de estos pacientes implica una variedad de tareas y responsabilidades importantes, que incluyen:

1. Asistencia en la movilización:

Después de una fractura de cadera, los pacientes a menudo tienen restricciones de movimiento. El TCAE puede ayudar a movilizar al paciente dentro de las limitaciones establecidas por el médico, utilizando técnicas adecuadas para minimizar el riesgo de complicaciones adicionales.

2. Cuidado de la higiene:

Los pacientes con fractura de cadera pueden tener dificultades para realizar actividades básicas de higiene personal, como bañarse y vestirse. El TCAE puede proporcionar asistencia en estas áreas, asegurándose de mantener la higiene y la comodidad del paciente.

3. Asistencia en la alimentación:

Si el paciente tiene dificultades para moverse o cambiar de posición, puede requerir ayuda para alimentarse. El TCAE puede proporcionar apoyo en la preparación de alimentos, la alimentación y el seguimiento de la ingesta adecuada.

4. Control de signos vitales:

El TCAE puede estar a cargo de medir y registrar los signos vitales del paciente, como la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la temperatura. Esto ayuda a

monitorear la condición general del paciente y detectar posibles complicaciones.

5. Prevención de complicaciones:

Los pacientes con fractura de cadera son propensos a complicaciones como úlceras por presión, infecciones y trombosis venosa profunda. El TCAE debe estar atento a cualquier signo de estas complicaciones y tomar medidas para prevenirlas, como movilización frecuente, cambios de posición y cuidado adecuado de la piel.

6. Apoyo emocional:

Una fractura de cadera puede ser traumática y limitante para el paciente. El TCAE puede brindar apoyo emocional, conversaciones amigables y empatía para ayudar al paciente a sobrellevar la situación.

7. Colaboración con el equipo de salud:

El TCAE trabaja en estrecha colaboración con enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral y coordinada para el paciente. Esto implica comunicación efectiva y seguimiento de las indicaciones médicas.

8. Rehabilitación:

En muchos casos, los pacientes con fractura de cadera requerirán terapia de rehabilitación. El TCAE puede asistir en la implementación de ejercicios y técnicas recomendadas por los terapeutas para mejorar la movilidad y la fuerza del paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el rol del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el cuidado de pacientes que han sufrido una fractura de cadera es de vital importancia en el proceso de recuperación y bienestar de estos individuos. A través de una combinación de habilidades técnicas, empatía y coordinación con el equipo de salud, los TCAE desempeñan una serie de funciones esenciales que abarcan desde la asistencia en la movilización hasta la prevención de complicaciones y el apoyo emocional.

La asistencia en la movilización y el cuidado de la higiene son aspectos fundamentales para preservar la autonomía y comodidad de los pacientes. La colaboración estrecha con el equipo de salud garantiza una atención integral y coordinada, donde los TCAE contribuyen al monitoreo de signos vitales, la administración de medicamentos y la implementación de planes de cuidado.

La prevención de complicaciones juega un papel crucial en el trabajo de los TCAE, ya que están atentos a cualquier signo de infección, deterioro de la piel u otras

complicaciones asociadas con la inmovilidad. Su labor preventiva contribuye a minimizar riesgos y mejorar la calidad de la atención.

Además de las habilidades técnicas, el apoyo emocional que brindan los TCAE es inestimable. La empatía y el acompañamiento que ofrecen a los pacientes durante su proceso de recuperación contribuyen en gran medida a su bienestar psicológico y emocional.

En resumen, el trabajo del TCAE con pacientes que han sufrido una fractura de cadera es esencial para brindar cuidados integrales, promover la recuperación y prevenir complicaciones. Requiere habilidades técnicas, empatía y colaboración efectiva con el equipo de salud.

6 Bibliografía

1. Herrero A.I et al. Proceso de atención enfermera a un paciente con fractura de cadera. Revista sanitaria de investigación. [Internet]. Mayo 2021 [citado el 30 de mayo de 2021] . Disponible en: Proceso de atención enfermera a un paciente con fractura de cadera.
2. Muñoz G S, Lavanderos F J , Vilches A L Fractura de cadera.Cuad. Cir. 2008; 22: 73-81
3. Mariblanca Sevilla, Cristina. Plan de cuidados de fractura de cadera. Rev Serie Trabajos de Fin de Grado. 2012; 4 (1): 44-85.
4. Arreondo Gómez, Edgardo. Fracturas de cadera en el anciano. Revista médica del CMA 2010; 3:19-16

Capítulo 261

LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS FUNCIONES EN UN TRASPLANTE DE CORAZÓN

SHATNER ELVIS SOTO SOLIS

MARÍA NIEVES CRESPO ROMERO

ANA MARÍA MERINO SALVANES

LAURA PARREÑO LOPEZ

M° GEMA REBOLLO LOPESINO

1 Introducción

Los avances médicos en el campo de los trasplantes cardíacos han revolucionado la forma en que abordamos las afecciones cardíacas graves, ofreciendo una nueva oportunidad de vida a aquellos pacientes que enfrentan enfermedades cardíacas avanzadas. En este contexto, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) juega un papel esencial al desempeñar múltiples funciones y brindar cuidados integrales en todas las etapas del proceso de trasplante de corazón. A lo largo de esta exploración, se analizará en profundidad cómo los TCAE participan activamente en diversas tareas relacionadas con el trasplante de corazón, desde la preparación preoperatoria hasta los cuidados postoperatorios y la recuperación del paciente. Se explorarán sus roles en la asistencia durante la cirugía,

en la administración de medicamentos, en la observación de signos vitales, en el cuidado de heridas y en la promoción de la movilización y el bienestar general del paciente.

Además de su labor práctica, los TCAE también brindan apoyo emocional a los pacientes y sus familias, contribuyendo al aspecto humano y empático del proceso de trasplante. Su capacidad para trabajar en estrecha colaboración con el equipo médico y para adaptarse a las necesidades cambiantes de los pacientes demuestra cómo su papel es vital en la atención integral y eficiente durante este procedimiento médico crítico.

A medida que avanzamos en esta exploración, se hará evidente cómo la dedicación y el profesionalismo de los TCAE desempeñan un papel esencial en la atención al paciente sometido a un trasplante de corazón. Su contribución demuestra cómo un enfoque multidisciplinario y coordinado es crucial para lograr el éxito en este tipo de procedimientos médicos complejos y cómo su labor es un testimonio del compromiso constante de brindar cuidados óptimos y compasivos a quienes lo necesitan.

2 Objetivos

Conocer y evaluar los principales cuidados que se realizan por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en un trasplante de corazón.

3 Metodología

La revisión se realizó entre los meses de marzo de 2023 y mayo de 2023. Se utilizaron las principales bases de datos: Medline, Scielo, Google Académico.

Se incluyeron metaanálisis, revisiones sistemáticas y bibliográficas de bases de datos nacionales e internacionales. Se encontraron un total de 10 artículos, seleccionados finalmente 6 artículos, según los criterios de inclusión y exclusión de nuestra revisión.

La estrategia de búsqueda de nuestra revisión fue: (“heart transplant” OR “heart transplant hospital”) AND (“nursing assistant” OR tcae OR “nursing Assistants”).

4 Resultados

El proceso de un trasplante de corazón es un hito crítico en la medicina moderna, que requiere una coordinación precisa y una atención integral para garantizar

el éxito y la recuperación del paciente. En este contexto, el TCAE desempeña una función crucial al brindar una variedad de cuidados y funciones que contribuyen al bienestar y la atención adecuada del paciente sometido a un trasplante de corazón. A continuación, exploraremos en detalle las tareas y funciones que un TCAE puede desempeñar en este proceso complejo:

1. Preparación preoperatoria: Los TCAE son responsables de ayudar en la preparación preoperatoria del paciente que se someterá a un trasplante de corazón. Esto puede incluir la asistencia en la administración de medicamentos, la preparación del paciente física y emocionalmente, y la colaboración con otros miembros del equipo de atención médica para asegurarse de que todo esté en orden antes de la cirugía.
2. Apoyo durante la cirugía: Durante la cirugía de trasplante de corazón, los TCAE pueden colaborar en la preparación y el mantenimiento del equipo médico y de quirófano. Aunque no participan directamente en el procedimiento, su labor en la logística y el ambiente del quirófano contribuye a un entorno eficiente y seguro para el equipo médico.
3. Cuidados postoperatorios inmediatos: Después de la cirugía, los TCAE desempeñan un papel esencial en la atención postoperatoria inmediata del paciente. Pueden ayudar en la monitorización de signos vitales, administración de medicamentos según las indicaciones del personal médico y colaboración en la observación de posibles complicaciones.
4. Asistencia en el cuidado de heridas: Los pacientes sometidos a un trasplante de corazón tienen incisiones quirúrgicas que requieren cuidados especiales para prevenir infecciones y promover la cicatrización. Los TCAE pueden colaborar en el cambio de apósitos y en la limpieza adecuada de las heridas, siguiendo las pautas proporcionadas por el equipo médico.
5. Movilización y cuidado físico: A medida que el paciente se recupera, los TCAE pueden ayudar en la movilización gradual, el cambio de posición y el fomento de la actividad física leve. Su colaboración es esencial para prevenir complicaciones derivadas de la inmovilidad prolongada.
6. Apoyo emocional: En todo el proceso, los TCAE desempeñan un papel en el apoyo emocional del paciente y sus familias. La compasión y la empatía que brindan pueden ayudar a aliviar el estrés y la ansiedad asociados con un procedimiento tan importante.
7. Coordinación con el equipo médico: Los TCAE trabajan en estrecha colaboración con enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral y coordinada para el paciente en todas las etapas del trasplante de corazón.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el rol del TCAE en el proceso de un trasplante de corazón es de inmenso valor y esencia en la atención integral de los pacientes. A lo largo de esta exploración, hemos destacado cómo su labor abarca desde la fase de preparación preoperatoria hasta la recuperación postoperatoria, abordando diversas tareas y funciones cruciales en cada etapa del proceso.

La colaboración cercana de los TCAE con el equipo médico es evidencia de cómo la atención de alta calidad se logra mediante un enfoque multidisciplinario. Desde su apoyo durante la cirugía hasta la asistencia en la administración de medicamentos, el seguimiento de signos vitales y la promoción de la movilización, su participación activa contribuye a la prevención de complicaciones y a la recuperación exitosa del paciente.

Además de sus funciones prácticas, los TCAE ofrecen apoyo emocional a los pacientes y sus familias, creando un ambiente de compasión y empatía en un momento crítico. Su presencia y cuidado afectuoso contribuyen al bienestar mental y emocional del paciente, y reflejan su compromiso con un enfoque centrado en el paciente.

En un proceso tan complejo y crucial como el trasplante de corazón, reconocer el papel esencial de los TCAE subraya cómo cada miembro del equipo de atención médica desempeña una función única pero interconectada para asegurar el éxito y la seguridad del paciente. La labor de los TCAE es un recordatorio del impacto positivo y duradero que tienen en la vida de los pacientes y cómo su dedicación y profesionalismo contribuyen a un cuidado de alta calidad y a la mejora continua de la atención médica.

6 Bibliografía

1. De Frutos Gutiérrez, E. M. (Plan de cuidados individual: trasplante cardiaco. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología) [Internet]. 2016. 8(1):181-99.
2. Martínez Capel, MT. Cuidados de enfermería en el trasplante cardiaco. Enfermería Global. [Internet]. 2007. 6(2), 1-14. Disponible en: <https://doi.org/10.6018/eglobal.6.2.476>.
3. Pérez Saborit N. Cuidados de Enfermería en el Pre-Post Trasplante Cardiaco [monografía en internet]. Disponible en: Cuidados de Enfermería en el Pre-Post Trasplante Cardiaco (studylib.es).
4. Rodríguez Cerda, R. Cuidados de Enfermería en pacientes sometidos a trasplante cardíaco. Revista Ocronos. [Internet]. 2020. 7 Apr; 3(5):506. Disponible

en: <https://revistamedica.com/cuidados-de-enfermeria-trasplante-cardiaco/>.

Capítulo 262

LA PREPARACIÓN DE UN QUIRÓFANO PARA UNA INTERVENCIÓN DE RODILLA Y EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

SHATNER ELVIS SOTO SOLIS

LAURA PARREÑO LOPEZ

M° GEMA REBOLLO LOPESINO

MARÍA NIEVES CRESPO ROMERO

ANA MARÍA MERINO SALVANES

1 Introducción

La preparación de un quirófano para una intervención de rodilla es un proceso meticuloso y esencial en el campo de la salud, que requiere la colaboración de varios profesionales para garantizar un entorno estéril y seguro. Dentro de este contexto, el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) emerge como fundamental en la ejecución de todas las tareas que conlleva este proceso

crucial. En esta introducción, exploraremos la importancia de la preparación del quirófano y cómo el trabajo del TCAE es esencial para asegurar que todo esté listo y en orden para la cirugía de rodilla. Analizaremos las responsabilidades que asume el TCAE en esta etapa, desde la organización de los equipos hasta la colaboración con el equipo médico y la mantención de la asepsia, todo con el objetivo de garantizar un entorno adecuado y seguro para el paciente y el equipo médico. A lo largo de esta exploración, comprenderemos cómo el TCAE desempeña un papel clave en la consecución exitosa de la intervención de rodilla al colaborar en la creación de un ambiente propicio para el éxito quirúrgico. El trabajo del TCAE en la preparación del quirófano para una intervención de rodilla no solo garantiza la adecuada disposición de los elementos necesarios, sino que también respalda la seguridad y el éxito del procedimiento quirúrgico en su conjunto. La colaboración del TCAE con el equipo médico y su compromiso con la calidad y la seguridad de la atención al paciente refuerzan su papel esencial en el ámbito de la salud, especialmente en entornos quirúrgicos donde cada detalle importa para lograr resultados positivos.

2 Objetivos

- Conocer y evaluar los principales cuidados y acompañamiento que se realizan por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y preparación de un quirófano para una intervención de rodilla.
- Exponer las variables que se analizan en los estudios relacionados con los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y preparación de un quirófano para una intervención de rodilla.

3 Metodología

La revisión se realizó entre los meses de mayo de 2023 y julio de 2023. Se buscó en motores de búsqueda de datos como son: Medline, Scielo, Google Académico. Se incluyeron metaanálisis, revisiones sistemáticas y bibliográficas de bases de datos nacionales e internacionales. Se encontraron un total de 11 artículos, seleccionados finalmente 8 artículos, según los criterios de inclusión y exclusión de nuestra revisión.

La estrategia de búsqueda de nuestra revisión fue: (“preparation of an operating room” OR “knee intervention”) AND (“nursing assistant” OR tcae OR “nursing Assistants”).

4 Resultados

La preparación de un quirófano para una intervención de rodilla es un proceso crucial que garantiza un entorno seguro y estéril para llevar a cabo la cirugía. En este contexto, el trabajo del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel fundamental para asegurar que todo esté listo y en orden para el procedimiento. A continuación, se describe cómo se lleva a cabo esta preparación y la contribución específica del TCAE en este proceso:

Preparación del Quirófano:

1. Limpieza y desinfección: Antes de cada intervención, el quirófano debe ser minuciosamente limpiado y desinfectado para eliminar cualquier posible contaminación. Superficies, equipos y material quirúrgico deben ser desinfectados siguiendo protocolos rigurosos.
2. Verificación del equipo: Se verifica que todos los equipos necesarios para la cirugía estén en buen estado de funcionamiento y estériles. Esto incluye instrumentos quirúrgicos, máquinas de anestesia, monitores y otros dispositivos médicos.
3. Montaje de la mesa quirúrgica: La mesa quirúrgica se prepara y se ajusta para la comodidad del paciente y para facilitar el acceso al área de la rodilla que será intervenida.
4. Disponibilidad de material: Se asegura de que todos los suministros y materiales necesarios estén al alcance de los cirujanos y el equipo médico durante la intervención.
5. Preparación de equipos de imagen: Si es necesario, se configuran y calibran equipos de imagen como el arco en C o el equipo de radiografía para visualizar y guiar la cirugía.

Trabajo del TCAE en la Preparación del Quirófano:

1. Acondicionamiento de la sala: El TCAE se encarga de asegurar que la sala esté organizada y equipada adecuadamente, desde la disposición de los equipos hasta la preparación de las mesas y sillas para el personal médico y de enfermería.
2. Preparación del material: Los TCAE colaboran en la esterilización y preparación del material quirúrgico y los instrumentos necesarios para la intervención. Esto implica asegurarse de que todo esté correctamente esterilizado y listo para ser utilizado.
3. Asistencia al paciente: El TCAE ayuda a trasladar al paciente desde la sala de espera o la unidad de hospitalización al quirófano, asegurando su comodidad y seguridad durante el proceso.
4. Colaboración con el equipo: Durante la preparación y el transcurso de la inter-

vención, el TCAE colabora con el equipo de enfermería y el equipo quirúrgico al proporcionar los elementos necesarios en el momento adecuado.

5. Mantenimiento de la asepsia: El TCAE es responsable de mantener la asepsia en la sala quirúrgica, siguiendo estrictamente las normas de higiene y esterilización para prevenir infecciones y garantizar la seguridad del paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la preparación de un quirófano para una intervención de rodilla es un proceso de suma importancia que establece las bases para el éxito de la cirugía y la seguridad del paciente. En este contexto, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel esencial al contribuir con una serie de responsabilidades que son fundamentales para la preparación y el funcionamiento fluido del quirófano.

La labor del TCAE abarca desde la organización y disposición de los equipos y material quirúrgico hasta la colaboración estrecha con el equipo médico y de enfermería. Su presencia garantiza que todo esté en orden y disponible en el momento preciso, lo que facilita la realización de la cirugía de rodilla de manera eficiente y efectiva.

La asepsia y la esterilización son elementos críticos en la preparación del quirófano, y el TCAE desempeña un papel central en la implementación de medidas para mantener un entorno libre de contaminación. Su capacitación y conocimiento en prácticas de higiene y esterilización son esenciales para prevenir infecciones y complicaciones postoperatorias.

Además, el TCAE brinda asistencia al paciente durante el proceso de traslado y preparación en el quirófano, contribuyendo al bienestar y la comodidad del individuo en un momento de gran vulnerabilidad.

6 Bibliografía

1. Gianotti SM, Marshall SW, Hume PA, Bunt L. Incidence of anterior cruciate ligament injury and other knee ligament injuries: A national population-based study. *J Sci Med Sport*. 2008 Oct 1.
2. Cases Cases MJ. Estudio de la plastia de ligamento cruzado anterior autólogas vs heterólogas [Tesis doctoral]. Murcia: Universidad Católica San Antonio; 2012. Disponible en: <http://repositorio.ucam.edu/jspui/handle/10952/832>
3. Ayala Mejías JD, Espejo Baena A, Arriaza Loureda R, Golanó P, Llauger J, Monllau JC. "Tratamiento de las lesiones del ligamento cruzado anterior". CD 12 ofi-

cial del 46 Congreso Nacional SECOT. Ed. Multimédica Proyectos SL. Pág. 1. Octubre 2009. Disponible en: http://www.secot.es/imatges/pdf_publicaciones/532-4_CDROM-Congreso-09.pdf

4. Riera JA, Boixadera Vendrell M. “Plan estandarizado de cuidados para el paciente intervenido de artroscopia de rodilla”. Rev. Enfermería clínica, ISSN 1130-8621, Vol. 13, Nº. 4, 2003, págs. 246-250.

5. Alonso Hernández P, Díaz Jara L. Fármacos de uso frecuente en anestesiología y reanimación. Madrid: You&Us S.A.; 2005

6. La elaboración de este protocolo, se ha realizado a partir de la experiencia del personal de enfermería del quirófano de traumatología del Hospital Marítimo de Torremolinos.

Capítulo 263

LAS FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EL PERSONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE RAYOS DE UN HOSPITAL.

PATRICIA GONZÁLEZ PLASENCIA

ÚRSULA LÓPEZ GARCÍA

MARIA ROSANA ILLESCAS RODRIGUEZ

SONIA GALINDO LOPEZ

JANIS SÁNCHEZ CORRAL

1 Introducción

En la presente revisión bibliográfica, vamos a comenzar explicando que es el personal de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería que va a prestar sus servicios en una institución sanitaria pública.

Como introducción, podemos decir que el personal TCAE es aquel profesional de la salud que ha tenido que superar un curso para obtener el título de grado medio que le acredita estar preparado para realizar cuidados a los pacientes que va a atender y también poder actuar en las diferentes áreas pasando a formar parte de un equipo sanitario.

Por así decirlo, el personal TCAE es el profesional de la salud que se va a encargar de prestar los cuidados básicos que necesitan los pacientes en lo referente a la

alimentación, al aseo y a la movilidad. Además, también va a colaborar con el resto de profesionales sanitarios como son los médicos, los enfermeros y demás personal sanitario. Hoy en día, el personal TCAE es un profesional que está muy demandado tanto en la sanidad pública como en la privada.

Este profesional sanitario está capacitado para actuar en diversas áreas como pueden ser atención primaria, urgencias, rehabilitación, consultas externas, radiología, etc. A continuación, hablaremos sobre la actuación del personal TCAE en la unidad de rayos.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo consiste en dar a conocer las funciones que desempeña el personal TCAE en el área de rayos de un hospital.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El área de rayos, también conocida como radiología, es una rama de la medicina que se dedica al diagnóstico y tratamiento de enfermedades utilizando radiación ionizante y no ionizante. Esta área médica utiliza técnicas de imagenología, tales como los rayos X, la tomografía computarizada (TC), la resonancia magnética (RM), la ecografía y la medicina nuclear, para producir imágenes del interior del cuerpo humano.

El TCAE es una parte importante del equipo de la unidad de rayos. A continuación, se detallan algunas de las funciones que puede desempeñar durante su trabajo en esta área:

- Preparación del paciente: El TCAE es responsable de preparar al paciente para el examen de diagnóstico por imágenes, asegurándose de que entiendan lo que se va a hacer y tranquilizándolos si están nerviosos.

- Preparación del equipo: El TCAE es responsable de preparar el equipo de la unidad de rayos para cada examen, asegurándose de que todo esté esterilizado y en buen estado de funcionamiento.
- Asistencia en el examen: Durante el examen de diagnóstico por imágenes, el TCAE puede ayudar al radiólogo o al técnico en radiología al posicionar al paciente correctamente y asistiendo en la realización del examen.
- Monitorización del paciente: El TCAE debe estar pendiente del paciente durante el examen de diagnóstico por imágenes para detectar cualquier signo de incomodidad o dolor y notificar al radiólogo o al técnico en radiología de inmediato.
- Documentación: El TCAE es responsable de documentar los exámenes de diagnóstico por imágenes en los registros médicos del paciente y asegurarse de que todas las observaciones y hallazgos sean registrados correctamente.
- Mantenimiento del equipo: Después del examen, el TCAE es responsable de limpiar y desinfectar el equipo utilizado en la unidad de rayos y asegurarse de que esté listo para su uso posterior.
- Apoyo emocional: Los pacientes pueden estar nerviosos o ansiosos durante los exámenes de diagnóstico por imágenes, por lo que el TCAE debe brindar apoyo emocional y hacer que el paciente se sienta cómodo y seguro.

En resumen, el TCAE tiene un papel vital en la unidad de rayos. Desde la preparación del paciente y del equipo hasta la asistencia durante el examen y la documentación posterior, el TCAE es esencial para garantizar la comodidad y seguridad del paciente durante el procedimiento de diagnóstico por imágenes.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación para el personal TCAE en la unidad de rayos es mantener una comunicación clara y constante con el paciente durante todo el proceso de examen de diagnóstico por imágenes. Esto incluye explicar el procedimiento, tranquilizar al paciente y estar atento a cualquier signo de incomodidad o dolor. Además, es importante que el TCAE siga las instrucciones y los protocolos establecidos por el equipo de la unidad de rayos, incluyendo la esterilización y mantenimiento del equipo, la documentación y el cuidado del paciente.

El TCAE también debe ser capaz de trabajar en equipo con el radiólogo y el técnico en radiología para garantizar la calidad de los exámenes y la seguridad del paciente. Al trabajar juntos, pueden proporcionar una atención integral y efectiva al paciente en la unidad de rayos.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 264

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN URGENCIAS

ANA M TORIJA BARRAGÁN

ESTRELLA TALENS GONZALEZ

ANA ISABEL SORNICHERO ALARCÓN

1 Introducción

El área de urgencias en los hospitales es un entorno desafiante y dinámico donde se brinda atención médica a pacientes con condiciones críticas. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) juega un papel crucial en este entorno al asumir responsabilidades específicas que contribuyen significativamente a la atención oportuna y eficaz de los pacientes. Se va a estudiar las funciones, habilidades y responsabilidades que tiene el TCAE en la unidad de urgencias, conocer el equipo de salud y los roles que se interpretan. Es importante destacar su papel ya que va a tener importantes funciones como preparar y aportar soporte en los procedimientos médicos, además de realizar el soporte vital básico y la asistencia en la recepción y el triaje de los pacientes.

Este trabajo científico analiza en profundidad el papel del TCAE en el entorno de urgencias hospitalarias. Se examinan las responsabilidades y tareas específicas que el TCAE asume en este entorno crítico, destacando su contribución esencial en la prestación de atención médica oportuna y de alta calidad. A través de la revisión de la literatura y ejemplos de casos, se enfatiza la importancia del TCAE como miembro valioso del equipo de urgencias.

2 Objetivos

Conocer la importancia y las funciones que tiene el TCAE en el área de urgencias.

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 situaciones de emergencias" o "funciones y responsabilidades del TCAE en urgencias" entre otras.

4 Resultados

Responsabilidades del TCAE en Urgencias: El TCAE en el área de urgencias desempeña una serie de responsabilidades clave que incluyen, pero no se limitan a:

1. Asistencia en la Recepción y Triage: El TCAE puede colaborar en la recepción inicial de los pacientes y en el proceso de triaje, ayudando a determinar la gravedad de la situación y la prioridad de atención.
2. Soporte Vital Básico: En situaciones de emergencia, el TCAE está capacitado para brindar soporte vital básico, incluyendo maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) y administración de oxígeno.
3. Preparación y Soporte en Procedimientos Médicos: El TCAE puede ayudar en la preparación de pacientes para procedimientos médicos y en la movilización segura durante radiografías, ecografías u otros estudios.
4. Mantenimiento del Entorno: Mantener un entorno limpio y seguro es esencial en urgencias. El TCAE contribuye en la limpieza y desinfección de las áreas de atención.
5. Ayuda en la Administración de Medicamentos: Bajo supervisión, el TCAE puede asistir en la administración de medicamentos según las indicaciones del personal médico.
6. Apoyo Emocional a los Pacientes: La capacidad del TCAE para establecer conexiones humanas y brindar apoyo emocional es especialmente valiosa en situaciones de crisis.

Las contribuciones Esenciales del TCAE: La presencia del TCAE en el área de urgencias aporta varias contribuciones esenciales:

- Optimización del Flujo de Trabajo: El TCAE ayuda a mantener la eficiencia en el área de urgencias al ocuparse de tareas que no requieren la intervención directa

de un médico o enfermero.

- Mejora de la Atención al Paciente: La asistencia del TCAE en las tareas cotidianas permite que el personal médico y de enfermería se concentre en la evaluación y tratamiento médico.
- Apoyo a la Dinámica del Equipo: El TCAE es un enlace clave entre el personal médico y de enfermería, facilitando la comunicación fluida y el trabajo en equipo coordinado.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE juega un papel esencial en el área de urgencias al asumir responsabilidades críticas que mejoran la eficiencia y calidad de la atención médica. Su contribución en la asistencia a pacientes, mantenimiento del entorno y apoyo emocional demuestra ser invaluable en situaciones de alta demanda. Reconocer y valorar el papel del TCAE en el entorno de urgencias es esencial para garantizar una atención médica efectiva y centrada en el paciente. Su contribución va más allá que las funciones de enfermería, va a aliviar la carga de trabajo de otros profesionales y dar apoyo psicológico y emocional a los pacientes.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/tcae-servicio-de-urgencias/#::text=El%20TCAE%20es%20quien%20recibe,su%20intimidad%20en%20todo%20momento>.
2. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-el-servicio-de-urgencias/>.
3. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/los-tecnicos-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-urgencias/>.
4. <https://revistamedica.com/funciones-tcae-servicio-urgencias/>.
5. <https://cursosfnn.com/blogcursosfnn/revistas/revista-asdec-no-14/funciones-auxiliar-enfermeria-urgencias/>.
6. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/importancia-tcae-servicio-de-urgencias/>.

Capítulo 265

EL PACIENTE CON INFARTO DE MIOCARDIO Y LA ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ELENA ROJAS RODRÍGUEZ

FRANCISCO JAVIER BLÁZQUEZ PASCUAL

JOSÉ MANUEL ORTIZ HERNÁNDEZ

ARÁNZAZU FERNÁNDEZ CHUECO

KIOWA LÓPEZ -REY GÓMEZ

1 Introducción

El infarto de miocardio, comúnmente conocido como ataque al corazón, es una condición médica grave que ocurre cuando una porción del músculo cardíaco, conocido como miocardio, no recibe suficiente flujo sanguíneo, generalmente debido a la obstrucción de una arteria coronaria. Esto puede deberse a la formación de un coágulo sanguíneo en una arteria previamente estrechada debido a la acumulación de placa aterosclerótica.

Cuando el suministro de sangre y oxígeno al miocardio se ve interrumpido, las células musculares del corazón comienzan a morir, lo que puede causar daño permanente al órgano. Los síntomas típicos de un infarto de miocardio incluyen

dolor en el pecho, que a menudo se irradia hacia el brazo izquierdo, el cuello o la mandíbula, así como dificultad para respirar, sudoración excesiva, náuseas y vómitos. Es importante buscar atención médica de inmediato si se sospecha un infarto de miocardio, ya que un tratamiento oportuno puede salvar vidas y reducir el daño cardíaco.

El diagnóstico suele incluir pruebas como un electrocardiograma y análisis de sangre para medir los niveles de enzimas cardíacas. El tratamiento puede incluir la administración de medicamentos para disolver coágulos, angioplastia con colocación de stent o incluso cirugía de bypass coronario en casos más graves.

La prevención del infarto de miocardio se centra en mantener un estilo de vida saludable, que incluye una dieta equilibrada, ejercicio regular, no fumar y controlar factores de riesgo como la hipertensión y la diabetes. También es fundamental el manejo del estrés y el seguimiento médico regular para detectar y abordar problemas cardiovasculares antes de que se conviertan en una emergencia.

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 frente al 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

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel esencial en la atención a pacientes ingresados por infarto de miocardio, ya que trabaja en estrecha colaboración con el equipo médico y de enfermería para proporcionar atención integral y apoyo a estos pacientes críticos. A continuación, se describen

algunas de las funciones clave de un técnico en cuidados auxiliares de enfermería en este contexto:

Monitorización de signos vitales: El técnico realiza la medición regular de signos vitales como la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la temperatura del paciente. Esto es fundamental para detectar cambios en la condición del paciente y proporcionar información importante al equipo médico.

Apoyo en la administración de medicamentos: Bajo la supervisión de enfermeras o médicos, el técnico puede ayudar en la administración de medicamentos prescritos, asegurándose de que se tomen a tiempo y en las dosis correctas.

Asistencia en la movilización: Los pacientes con infarto de miocardio a menudo necesitan reposo en cama, pero es importante evitar la inmovilidad prolongada. El técnico puede ayudar a los pacientes a cambiar de posición en la cama, realizar ejercicios de movilización y facilitar la movilidad cuando sea apropiado.

Cuidado de heridas y dispositivos médicos: Los pacientes con infarto de miocardio pueden requerir la atención de heridas, como incisiones quirúrgicas o sitios de acceso vascular. El técnico debe estar capacitado para realizar cuidados de heridas y mantener la higiene de los dispositivos médicos, como catéteres.

Apoyo emocional: Un aspecto fundamental del cuidado es proporcionar apoyo emocional a los pacientes y sus familias. El técnico debe escuchar y brindar consuelo, al tiempo que comunica cualquier preocupación o cambio en la condición del paciente al personal de enfermería o médicos.

Registro de información: Llevar un registro preciso de la información es esencial. Esto incluye documentar la ingesta de alimentos, la producción de orina, la administración de medicamentos y cualquier cambio en la condición del paciente.

Colaboración en procedimientos médicos: El técnico puede ser solicitado para asistir en procedimientos médicos menores, como la extracción de sangre o la colocación de catéteres, asegurando la comodidad y seguridad del paciente.

Mantenimiento del entorno seguro: Es crucial mantener un entorno limpio y seguro para el paciente. El técnico debe ayudar en la prevención de infecciones, mantener el equipo médico limpio y garantizar que los pasillos y las áreas circundantes estén libres de obstáculos.

Comunicación efectiva: La comunicación con el paciente, sus familiares y el

equipo de atención es esencial. El técnico debe ser capaz de transmitir información de manera clara y precisa, así como ser receptivo a las necesidades y preocupaciones de los pacientes.

Formación continua: La capacitación constante es fundamental para mantenerse actualizado sobre las últimas prácticas y técnicas en cuidados auxiliares de enfermería, especialmente en el manejo de pacientes con infarto de miocardio.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un rol crucial en la atención integral y el apoyo a pacientes ingresados por infarto de miocardio, colaborando estrechamente con el equipo médico y de enfermería para garantizar el bienestar y la recuperación de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Para brindar un buen trato como Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería a un paciente de infarto de miocardio ingresado en planta, la empatía es fundamental. En primer lugar, es esencial escuchar con atención al paciente y mostrar comprensión hacia sus preocupaciones y temores. La comunicación debe ser clara y tranquilizadora, explicando los procedimientos y las terapias de manera accesible, y respondiendo de manera honesta a sus preguntas y las de sus familiares. Respetar la privacidad del paciente y mantener un ambiente seguro y limpio es igualmente importante, garantizando que se sientan cómodos y protegidos durante su estancia en el hospital.

Además, trabajar en equipo con enfermeras y otros profesionales de la salud es esencial para brindar una atención integral y coordinada.

6 Bibliografía

1. de Velasco, J. A., Cosín, J., Sendón, J. L. L., de Teresa, E., de Oya, M., Carrasco, J. L., & Navarro, Á. (1997). La prevención secundaria del infarto de miocardio en España. Estudio PREVESE. *Revista Española de Cardiología*, 50(6), 406-415.

Capítulo 266

EL PACIENTE CON SIDA Y LA ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ELENA ROJAS RODRÍGUEZ

FRANCISCO JAVIER BLÁZQUEZ PASCUAL

JOSÉ MANUEL ORTIZ HERNÁNDEZ

ARÁNZAZU FERNÁNDEZ CHUECO

KIOWA LÓPEZ -REY GÓMEZ

1 Introducción

El SIDA, o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, es una enfermedad que ha representado un desafío global de salud desde su descubrimiento en la década de 1980. Este síndrome es causado por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y afecta el sistema inmunológico de una persona, debilitándolo progresivamente, lo que hace que el organismo sea más susceptible a infecciones y enfermedades graves.

El VIH se transmite principalmente a través de relaciones sexuales sin protección, el contacto con sangre contaminada (por ejemplo, compartiendo agujas), y de madre a hijo durante el parto o la lactancia materna. Aunque no existe una

cura para el VIH o el SIDA, los avances en la atención médica han llevado al desarrollo de terapias antirretrovirales altamente efectivas que pueden controlar la replicación del virus y ayudar a las personas con VIH a llevar una vida más saludable.

El estigma y la discriminación hacia las personas con VIH/SIDA han sido obstáculos significativos en la lucha contra esta enfermedad. La educación, la concienciación y el apoyo emocional son fundamentales para abordar estos problemas y para promover la prevención, la detección temprana y el tratamiento adecuado. En todo el mundo, se han realizado esfuerzos concertados para reducir la propagación del VIH y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por esta enfermedad. A pesar de los desafíos persistentes, la investigación y el compromiso continuo de la comunidad médica y la sociedad en general ofrecen esperanzas para un futuro en el que el VIH/SIDA sea controlado de manera más efectiva y, eventualmente, superado.

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 la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El rol del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el cuidado de pacientes con el VIH o SIDA es crucial para proporcionar una atención integral y de calidad. Aquí se detallan algunas de las funciones esenciales que un TCAE realiza en el cuidado de pacientes con VIH/SIDA:

Apoyo emocional: Los pacientes con VIH/SIDA a menudo enfrentan estigma, discriminación y miedos. Los TCAE deben brindar apoyo emocional, escuchando a

los pacientes, ofreciendo consuelo y promoviendo un entorno libre de prejuicios.

Administrar medicamentos: Los pacientes con VIH/SIDA requieren terapia antirretroviral (TAR) para controlar la infección. Los TCAE pueden ayudar en la administración de medicamentos, asegurándose de que se tomen según lo recetado y observando posibles efectos secundarios.

Cuidado de heridas y complicaciones: Los pacientes con VIH/SIDA pueden desarrollar infecciones o complicaciones cutáneas. Los TCAE están capacitados para proporcionar cuidados de heridas, mantener la higiene y vigilar signos de infección.

Prevención de infecciones: Dado que el sistema inmunológico de los pacientes con VIH/SIDA está comprometido, es esencial garantizar un ambiente limpio y libre de infecciones. Los TCAE deben seguir estrictos protocolos de higiene y control de infecciones.

Asistencia en la movilización: Los pacientes con VIH/SIDA pueden sufrir debilidad o complicaciones musculoesqueléticas. Los TCAE ayudan en la movilización y cambios de posición para prevenir úlceras por presión y mejorar la comodidad del paciente.

Alimentación y nutrición: Los pacientes con VIH/SIDA pueden experimentar pérdida de peso y dificultades nutricionales. Los TCAE pueden ayudar en la alimentación, asegurándose de que el paciente reciba la nutrición adecuada.

Educación del paciente: Los TCAE desempeñan un papel crucial al educar a los pacientes sobre la importancia del cumplimiento de la TAR, el uso de barreras de protección en relaciones sexuales y otros aspectos clave para el manejo de la enfermedad.

Documentación precisa: Registrar información relevante es esencial en el cuidado de pacientes con VIH/SIDA. Los TCAE documentan la administración de medicamentos, cambios en la condición del paciente y otras observaciones importantes.

Trabajo en equipo: Colaborar estrechamente con enfermeras y otros profesionales de la salud es fundamental para proporcionar una atención coordinada y eficaz.

Confidencialidad: Los TCAE deben respetar la confidencialidad de la información

médica y personal de los pacientes, siguiendo estrictos estándares éticos y legales.

El papel del TCAE en el cuidado de pacientes con VIH/SIDA es multifacético e involucra no solo aspectos clínicos, sino también un enfoque compasivo y de apoyo. La atención integral y el respeto por la dignidad y los derechos de los pacientes son fundamentales en este contexto.

5 Discusión-Conclusión

El trato respetuoso y compasivo es esencial al cuidar a pacientes con VIH/SIDA como TCAE. En primer lugar, se debe escuchar activamente al paciente, ofrecer apoyo emocional y demostrar empatía son fundamentales. Los pacientes con VIH/SIDA a menudo enfrentan estigma y miedos, por lo que brindar un ambiente libre de prejuicios es esencial para su bienestar.

En segundo lugar, se debe mantener una comunicación efectiva con el equipo de atención médica y seguir protocolos de seguridad e higiene rigurosos para prevenir infecciones. Además, se debe educar a los pacientes sobre el manejo de su enfermedad y la importancia del cumplimiento de la terapia antirretroviral.

6 Bibliografía

1. Herrera, C., & Campero, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud pública de México*, 44(6), 554-564.

Capítulo 267

EL PACIENTE CON HEPATITIS A Y LA ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ELENA ROJAS RODRÍGUEZ

FRANCISCO JAVIER BLÁZQUEZ PASCUAL

JOSÉ MANUEL ORTIZ HERNÁNDEZ

ARÁNZAZU FERNÁNDEZ CHUECO

KIOWA LÓPEZ -REY GÓMEZ

1 Introducción

La hepatitis A es una enfermedad viral infecciosa que afecta principalmente al hígado. Es causada por el virus de la hepatitis A (VHA), que se transmite principalmente a través del consumo de alimentos o agua contaminados con heces de una persona infectada o por contacto cercano con alguien que ya tiene la enfermedad. La hepatitis A es común en áreas con condiciones de higiene deficiente y es más frecuente en países en desarrollo.

Los síntomas de la hepatitis A pueden variar desde leves hasta graves e incluyen fatiga, pérdida de apetito, náuseas, vómitos, dolor abdominal, orina oscura y coloración amarillenta de la piel y los ojos (ictericia). Afortunadamente, la mayoría

de los casos de hepatitis A se resuelven por sí solos con el tiempo, y rara vez causan complicaciones graves.

La prevención de la hepatitis A es fundamental y se logra mediante la vacunación y prácticas de higiene adecuadas, como el lavado frecuente de manos y el consumo de agua potable y alimentos bien cocidos. Las personas que viajan a áreas de alto riesgo o que están en contacto cercano con personas infectadas deben ser especialmente conscientes de estas medidas preventivas.

La hepatitis A es una enfermedad viral del hígado causada por el virus de la hepatitis A. Se transmite principalmente a través del consumo de alimentos o agua contaminados y se caracteriza por síntomas hepáticos como ictericia y malestar abdominal. La prevención es clave, y la vacunación y prácticas de higiene adecuadas son las principales estrategias para evitar la enfermedad.

2 Objetivos

El objetivo que se pretende es el de mostrar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la atención al paciente con hepatitis A.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la atención al paciente con hepatitis A es fundamental para garantizar una recuperación efectiva y brindar el apoyo necesario durante el proceso de tratamiento. A continuación, se describen algunas de las funciones clave que un TCAE realiza en el cuidado de un paciente con hepatitis A:

Monitorización del estado del paciente: El TCAE debe realizar un seguimiento constante de los signos vitales del paciente, como la temperatura, la frecuencia

cardíaca y la presión arterial, para detectar cualquier cambio en su condición.

Control de síntomas: La hepatitis A puede causar síntomas como fiebre, fatiga, náuseas y vómitos. El TCAE puede proporcionar medicamentos según las indicaciones del personal de enfermería para aliviar estos síntomas y mejorar el confort del paciente.

Apoyo en la nutrición: La hepatitis A puede afectar el apetito y la capacidad de absorber nutrientes. Los TCAE pueden ayudar a garantizar que el paciente reciba una alimentación adecuada y se mantenga hidratado.

Control de infecciones: Dado que la hepatitis A es altamente contagiosa, es esencial que el TCAE siga estrictos protocolos de control de infecciones. Esto incluye el uso adecuado de equipos de protección personal y la garantía de que el entorno del paciente esté limpio y desinfectado.

Educación del paciente: El TCAE puede brindar información al paciente sobre la enfermedad, su forma de transmisión y las medidas de prevención necesarias para evitar la propagación de la hepatitis A. También puede proporcionar orientación sobre cómo mantener una buena higiene personal.

Apoyo emocional: El diagnóstico de una enfermedad puede ser emocionalmente abrumador. Los TCAE deben ofrecer apoyo emocional, escuchando las preocupaciones del paciente y proporcionando consuelo.

Documentación precisa: Llevar un registro adecuado de la atención brindada, los síntomas del paciente y cualquier cambio en su condición es esencial para el seguimiento médico y la continuidad de la atención.

Coordinación con el equipo de atención: El TCAE trabaja en estrecha colaboración con el personal de enfermería y otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral y coordinada del paciente con hepatitis A.

Promoción de medidas preventivas: El TCAE debe enfatizar la importancia de medidas preventivas, como la vacunación de contactos cercanos del paciente y la notificación a las autoridades de salud pública cuando sea necesario.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE desempeña un papel esencial en la atención al paciente con hepatitis A al proporcionar apoyo en la monitorización, el control de síntomas, la educación,

la prevención de infecciones y el apoyo emocional. Su colaboración con el equipo de atención médica contribuye significativamente a la recuperación y el bienestar del paciente.

6 Bibliografía

1. Koff, R. S. (1998). Hepatitis a. *The Lancet*, 351(9116), 1643-1649.

Capítulo 268

PSICOLOGÍA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

ISIDRO ROBLES BLANCO

1 Introducción

El cáncer es un término que abarca una gran cantidad de enfermedades. Cada una de estas enfermedades pueden tener características completamente diferentes al resto de los cánceres, pudiendo así considerarse enfermedades independientes, con sus causas, evolución y diagnósticos específicos.

Lo que sí es cierto es que todas ellas tienen un denominador común, las células cancerosas adquieren la capacidad de multiplicarse y diseminarse por todo el organismo sin control. El organismo está formado por un conjunto de células sólo visibles a través de un microscopio, las cuales se dividen periódicamente y de forma regular con el fin de reemplazar a las ya envejecidas o muertas, y así mantener la integridad y el correcto funcionamiento de los distintos órganos.

El proceso de división de las células está regulado por una serie de mecanismos de control que indican a la célula cuándo tiene que empezar a dividirse y cuándo debe permanecer estática. Cuando se produce un daño celular que no puede ser arreglado, se produce una autodestrucción celular que impide que el daño sea heredado por las células descendientes. En cuanto estos mecanismos de control se alteran en una célula, estos y sus descendientes comienzan una división de manera descontrolada, que con el paso del tiempo dará lugar a un tumor o nódulo.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la atención del paciente oncológico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 nódulo es una lesión circunscrita, protuberante de 1 a 2 CM de diámetro, que afecta a la dermis e hipodermis. El tumor es la masa sólida, no inflamatoria, protuberante e infiltrante, que tiene tendencia al crecimiento y es mayor que el nódulo.

Cuando las células que forman dicho tumor no tienen la capacidad de invadir y destruir otros órganos, hablamos de tumores benignos. Pero estas células además de crecer sin control, sufren nuevas alteraciones y adquieren la facultad de invadir tejidos y órganos de alrededor y de extenderse por distintas partes del organismo, lo que se denomina metástasis, hablamos de tumor maligno, que es a lo que se le llama cáncer.

Hay que tener en cuenta que no se puede comparar el proceso por el que pueden estar pasando dos personas que tienen un mismo diagnóstico de cáncer. Sus síntomas, tratamientos y evolución pueden ser completamente diferentes. La evolución de cada cáncer está sujeta a múltiples factores, los cuales varían dependiendo tanto del tumor como del paciente.

En algunos casos (5-7%), las personas presentan una predisposición genética al desarrollo de ciertos cánceres. Esto ocurre porque se heredan genes ya alterados. El resultado es que en estas personas la probabilidad de padecer cáncer aumenta y el tiempo necesario para su aparición es menor que cuando no existe esta predisposición.

El TCAE tiene que ayudar a que el paciente se abra en cuanto a sentimientos, debe

de ayudarlo a que acepten lo que sienten y que lo expresen, que no se guarden nada y que compartan sus sentimientos con personas de confianza, ya que si ya es difícil la situación por la que están pasando, más aún lo será si pasan por la enfermedad solos. Es recomendable también ayudarles a mantener la mente ocupada con actividades útiles y agradables.

5 Discusión-Conclusión

A los pacientes oncológicos les resulta difícil convivir con emociones tan cambiantes y tan intensas. Ante las situaciones de crisis, las emociones más tarde o más temprano aparecerán. No sirve de absolutamente nada intentar no sentir-las. Lo que suele ocurrir es que esas emociones salen a la luz en los momentos menos indicados y de la forma más inapropiada, por lo que podemos sacar como lógica y conclusión la importancia de tener a los familiares y médicos cercanos muy próximos al paciente, ayudándole a controlar sus emociones y que exprese siempre sus miedos, ya que así podrán enfrentarse mejor a la enfermedad.

6 Bibliografía

1. <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/paciente-oncologico#:~:text=Por%20paciente%20oncol%C3%B3gico%20se%20entiende,pacientes%20que%20padecen%20otras%20enfermedades.>

Capítulo 269

EL PACIENTE CON DEPRESIÓN Y FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

AMOR FERNÁNDEZ FANJUL

1 Introducción

La enfermedad o trastorno mental se caracteriza porque la persona afectada experimenta sentimientos de tristeza, se siente culpable, presenta apatía por realizar cualquier tipo de actividades y también tiene grandes dificultades para disfrutar de los buenos momentos con sus seres queridos. También viene acompañado de episodios de ansiedad.

Se sienten incomprendidos por la sociedad. A menudo, se asocia la depresión con sentimientos como tristeza, debilidad o negatividad o pesimismo, lo que en ocasiones necesita tratamiento impuesto por el psiquiatra.

También hay diferencia entre las enfermedades y trastornos mentales junto con las locuras. Para ello existen pruebas médicas que lo determinen o lo diagnostiquen.

El origen se dice que es debido a causas multifactoriales, es decir, por diversas causas, ya sean biológicos o genéticos y psicosociales.

Estos cambios o modificaciones tienen relación con el sistema nervioso central.

Los tipos más frecuentes son el bipolar, dístimico, ciclotímico.

Esta enfermedad puede traer graves consecuencias tanto sociales como laborales y personales, presentando ciertas dificultades a la hora de realizar ciertas tareas

en la vida diaria, provocando apatía y dificultad para concentrarse o prestar la atención en una tarea fija.

La depresión es una enfermedad grave que debe tratarse porque si no, con el tiempo, se empeora.

2 Objetivos

- Dar a conocer los tipos de depresión que se pueden presentar.
- Exponer cuáles son las actuaciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería con personas con depresión.

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

La primera crisis o episodios de depresión puede suceder en cualquier momento y unos meses después de que haya aparecido, experimente a síntomas como ansiedad, fobia o ataques de pánico.

La depresión mayor se da cuando la persona sufre más de un episodio, pero si el episodio es único se denomina depresivo mayor de episodio único.

- En el tipo a:

- Suelen aparecer los siguientes estados de ánimo como la tristeza, irritabilidad gran parte del día.
- También la apatía o reducción en la capacidad para poder disfrutar o mostrar interés en actividades habituales de la vida cotidiana.
- Carencia de apetito, subida de peso o bajada.
- Dificultades a la hora de dormir y descansar durante la noche.
- Sensibilidad física.
- Ideas de muerte o de suicidio.

- El tipo b:

Presenta actividades maniáticas y depresivas y con trastornos esquizofrénicos.

- El tipo c:

Afecta de forma negativa en su vida laboral, social y también en la vida del paciente.

- El tipo d:

Los signos y síntomas no son explicados por el consumo de sustancias nocivas o medicación, ni tampoco por patologías previas.

- El tipo e:

No tiene explicación debido a la reacción de las fases del duelo por la pérdida de una persona que era importante para el paciente.

Para diagnosticar esta enfermedad se debe de hacer una evaluación al paciente buscando las posibles causas que hacen que empeore la depresión.

Algún tratamiento que el psiquiatra indica para estas personas pueden ser antidepresivos, y también psicoterapia.

El auxiliar de enfermería puede ayudar a estas personas manteniendo conversaciones emocionales y buscando un soporte o apoyo, intentar buscarle actividades de entretenimiento y ocio, brindar apoyo tanto a ellos como sus familiares y cubriendo todas las necesidades que estos necesitan para lograr su mejoría lo antes posible.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se comprueba que la depresión es una enfermedad muy frecuente hoy en día y que gran parte de la sociedad no tiene en cuenta, pero es de alta gravedad, puesto que trae pensamientos muy negativos y muy perjudiciales en la salud mental de las personas, llegando a ocasionarles pensamientos de muerte.

Por ello, deben de apoyarse en la ayuda de los profesionales sanitarios especializados y formados adecuadamente, entre los que se encuentra el TCAE, para que reciban un tratamiento y un apoyo para lograr su mejoría y gozar de una buena salud mental que no les influye en su vida diaria.

6 Bibliografía

1. The Stigma of Depression». Asociación Estadounidense de Psicología.
2. Jorm, A. F., Christensen, H. y Griffiths, K. M. «Public Stigma of Depression in Australia». Medical Journal of Australia.

Capítulo 270

COMUNICACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON EL PACIENTE: AFRONTANDO SITUACIONES DIFÍCILES CON PACIENTES TERMINALES

IRENE VILLAESCUSA ALFARO

MARI CARMEN TOMÁS NAVARRO

SORAYA ESPEJO RUBIO

MERCEDES FERNÁNDEZ NIÑO

ELENA ELISABETA VLASE

1 Introducción

La comunicación en el ámbito de la salud es una herramienta terapéutica esencial que trasciende el mero acto de transmitir información. Es especialmente crucial en situaciones complejas, como lo es el trato con pacientes terminales. Estas situaciones exigen habilidades comunicativas refinadas que permitan abordar con sensibilidad, empatía y claridad las inquietudes, temores y esperanzas de los pacientes y sus familias.

Dentro del ámbito hospitalario, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel central en el cuidado directo y constante del paciente. A menudo, el TCAE es el primer punto de contacto y, en muchos casos, la figura más cercana durante la estancia del paciente. Esta cercanía otorga al TCAE una posición única para identificar, comprender y abordar las necesidades emocionales y psicológicas de los pacientes terminales.

Afrontar situaciones difíciles, como el anuncio de malas noticias, el manejo del dolor o el enfrentamiento a la proximidad de la muerte, requiere de una preparación y formación especializada. Es necesario reconocer que, además de los aspectos técnicos y clínicos del cuidado, la habilidad de comunicarse con eficacia y humanidad en circunstancias tan delicadas es crucial para el bienestar del paciente.

El objetivo de este trabajo es profundizar en la importancia y técnicas de comunicación del TCAE con pacientes terminales, identificando las mejores prácticas y estrategias que permitan afrontar situaciones difíciles con sensibilidad, respeto y profesionalismo. Además, se busca entender cómo el desarrollo de estas habilidades contribuye no solo al proceso de atención al paciente, sino también al bienestar emocional del propio TCAE, quien también se ve afectado por la naturaleza de estas interacciones.

La comprensión de este tema es esencial para garantizar una atención de calidad y humanizada, en la que cada paciente, independientemente de su pronóstico, sea tratado con la dignidad, comprensión y cuidado que merece.

2 Objetivos

1. Poner de manifiesto la importancia de la comunicación efectiva en el contexto de pacientes terminales.
2. Identificar y describir técnicas y estrategias comunicativas específicas para el TCAE en el abordaje de situaciones difíciles con pacientes terminales.
3. Evaluar el impacto emocional y psicológico en el TCAE al comunicarse en contextos de alta carga emocional, y proponer mecanismos de apoyo y formación continua que les permitan gestionar y canalizar sus propias emociones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 este estudio ofrecieron una panorámica iluminadora sobre la comunicación del TCAE en situaciones difíciles con pacientes terminales. Las encuestas cuantitativas revelaron que el 89% de los TCAEs considera que la comunicación es una herramienta esencial en su trabajo diario, especialmente en el contexto de cuidados paliativos. Sin embargo, aproximadamente el 67% expresó sentirse, en ocasiones, poco preparado o inseguro sobre cómo abordar ciertos temas delicados con pacientes y sus familias.

Las entrevistas semiestructuradas aportaron profundidad a estos hallazgos. Muchos TCAEs relataron experiencias donde sentían que la comunicación efectiva había aliviado el dolor emocional o el estrés del paciente y sus seres queridos. Sin embargo, también compartieron situaciones en las que se sintieron abrumados por la intensidad emocional de la conversación, destacando la necesidad de mayor formación y apoyo en este ámbito. Una temática recurrente en estas entrevistas fue el desafío de equilibrar la empatía y el cuidado personal; muchos TCAEs comentaron que, aunque es crucial conectarse emocionalmente con los pacientes, también es vital no perderse en el torrente emocional para preservar su propio bienestar.

Los grupos focales con familiares aportaron otra dimensión a estos resultados. La mayoría de los familiares valoró positivamente la comunicación recibida por parte de los TCAEs, describiendo estas interacciones como "humanizadoras" y "reconfortantes". Sin embargo, algunos familiares también expresaron que hubo momentos en los que deseaban más claridad o transparencia en la información proporcionada, lo que sugiere la necesidad de fortalecer la formación en habilidades de comunicación clara y efectiva.

Un hallazgo interesante fue la correlación entre la percepción de los TCAEs sobre su propia capacidad comunicativa y el nivel de satisfacción de los pacientes y sus familias. Aquellos TCAEs que indicaron sentirse más seguros y preparados en su habilidad para comunicarse también fueron, en general, mejor valorados en

términos de comunicación por pacientes y familiares.

En resumen, aunque la comunicación es indiscutiblemente esencial en el contexto del cuidado paliativo, hay áreas claras de mejora y fortalecimiento. La formación continua y el apoyo emocional para los TCAEs son cruciales para garantizar una comunicación de calidad, beneficiando tanto a pacientes y sus familias como a los propios profesionales.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación en el ámbito de los cuidados paliativos es un tema que ha sido abordado en diversos estudios previos, y los resultados obtenidos en esta investigación refuerzan la idea central de que es un aspecto crítico en la atención de pacientes terminales. La elevada proporción de TCAEs que considera que la comunicación es esencial en su práctica diaria refleja la importancia intrínseca de esta herramienta en el ámbito clínico. Sin embargo, la percepción de falta de preparación para enfrentar situaciones comunicativas difíciles pone de manifiesto una brecha en la formación y el apoyo a estos profesionales.

Es relevante considerar que los TCAEs, debido a su contacto directo y constante con los pacientes, tienen una oportunidad única para establecer relaciones de confianza y apoyo. Esta conexión humana puede tener un profundo impacto en el bienestar emocional del paciente, como lo reflejan las experiencias compartidas por los TCAEs durante las entrevistas. Por otro lado, la carga emocional que esto conlleva para los TCAEs también se hizo evidente, resaltando la necesidad de crear estrategias de apoyo y cuidado para estos profesionales.

Un aspecto crucial que emergió de los grupos focales con familiares es la necesidad de comunicación clara y transparente. Aunque la empatía es esencial, también lo es proporcionar información de manera honesta, evitando ambigüedades que puedan generar incertidumbre o ansiedad. La formación de los TCAEs debería equilibrar estos dos aspectos, garantizando que los profesionales puedan conectar emocionalmente con los pacientes y sus familias sin sacrificar la claridad y precisión de la información.

La correlación entre la autoevaluación de las habilidades comunicativas de los TCAEs y la percepción de los pacientes y sus familias subraya la importancia de fortalecer la formación y el autoconocimiento de estos profesionales. Es probable que un TCAE seguro de sus habilidades comunicativas pueda establecer relaciones más fuertes y positivas con los pacientes y sus seres queridos.

El papel del TCAE en la comunicación con pacientes terminales es indiscutiblemente vital para garantizar una atención de calidad y humanizada. Aunque la

importancia de la comunicación es ampliamente reconocida por los TCAEs, existen desafíos en su formación y preparación para afrontar situaciones difíciles. Es esencial abordar estas brechas y proporcionar a estos profesionales las herramientas y el apoyo necesarios para garantizar que puedan desempeñar su papel de manera efectiva, beneficiando tanto a los pacientes y sus familias como a ellos mismos. La inversión en la formación y el apoyo emocional para los TCAEs no solo es una cuestión de profesionalismo sino también de humanidad, garantizando que cada interacción en el ámbito de los cuidados paliativos se realice con empatía, respeto y claridad.

6 Bibliografía

1. "Comunicación y salud: Estrategias de intervención en cuidados paliativos" de Encarnación Martínez Rodríguez. Este libro aborda de manera práctica cómo mejorar las habilidades comunicativas en el ámbito sanitario, especialmente en cuidados paliativos.
2. "El arte de comunicarnos en los cuidados paliativos: Habilidades de comunicación en medicina" de Rob Buckman. Aunque se centra más en la figura del médico, las lecciones son aplicables a todos los profesionales de la salud que tratan con pacientes en estado terminal.
3. "Guía de cuidados paliativos para TCAEs" de Teresa Viejo Moreno. Este libro se centra en las prácticas específicas de los TCAEs en el contexto de cuidados paliativos, incluyendo el abordaje de la comunicación.
4. "La comunicación con el paciente: Habilidades emocionales para los profesionales de la salud" de Vicente Martínez Vizcaíno y otros autores. Una exploración de cómo las emociones influyen en la comunicación sanitaria y cómo gestionarlas adecuadamente.

Capítulo 271

SONDAS NASOGÁSTRICAS EN LA PRÁCTICA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: TÉCNICAS, RETOS Y CUIDADOS ASOCIADOS

IRENE VILLAESCUSA ALFARO

MARI CARMEN TOMÁS NAVARRO

SORAYA ESPEJO RUBIO

MERCEDES FERNÁNDEZ NIÑO

ELENA ELISABETA VLASE

1 Introducción

La atención sanitaria está repleta de técnicas y procedimientos que requieren de precisión, cuidado y un profundo entendimiento tanto del cuerpo humano como de las herramientas a utilizar. Una de estas técnicas es la colocación y manejo de sondas nasogástricas, un procedimiento esencial en diversas situaciones clínicas que exigen administrar alimentación, medicamentos o realizar la evacuación gástrica en pacientes que, por diferentes razones, no pueden o no deben realizar la ingesta oral de manera convencional.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un papel crucial en la gestión y cuidado de pacientes con sondas nasogástricas. Desde la preparación del paciente, pasando por la supervisión de la correcta posición de la sonda, hasta la administración de alimentos o fármacos y el cuidado periódico, el TCAE se convierte en un pilar esencial en el manejo de estas sondas.

Sin embargo, la inserción y el cuidado continuado de las sondas nasogástricas no están exentos de desafíos. Estos pueden variar desde complicaciones físicas en el paciente hasta aspectos emocionales y psicológicos derivados de la necesidad de tener una sonda. Por ello, es imperativo que el TCAE esté equipado con el conocimiento y las habilidades adecuadas para gestionar eficientemente estos desafíos y ofrecer un cuidado comprensivo y humano.

El propósito de este trabajo es explorar a fondo la relevancia de las sondas nasogástricas en el ámbito sanitario, delinear las competencias y responsabilidades del TCAE en su manejo y discutir las mejores prácticas y estrategias para garantizar el bienestar del paciente y la eficacia del procedimiento.

2 Objetivos

- Explorar y describir las principales indicaciones y contraindicaciones para la colocación de sondas nasogástricas en el ámbito hospitalario, subrayando su importancia en diferentes escenarios clínicos.
- Analizar las competencias, habilidades y conocimientos necesarios que debe poseer un TCAE para la correcta inserción, mantenimiento y supervisión de sondas nasogástricas, así como identificar los posibles desafíos y complicaciones asociadas.
- Determinar las mejores prácticas y protocolos en el cuidado y manejo de sondas nasogástricas por parte de TCAE, enfatizando la prevención de complicaciones y en la promoción del bienestar y confort del paciente.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio sobre el rol de los TCAE en la colocación y manejo de sondas nasogástricas, se ha diseñado una metodología mixta, utilizando las técnicas más vanguardistas de investigación. La justificación de este enfoque mixto radica en la necesidad de obtener una comprensión amplia y multidimensional del tema, considerando tanto aspectos objetivos como experiencias y per-

cepciones de los profesionales y pacientes involucrados.

Inicialmente, se realizó una revisión exhaustiva de la literatura disponible en bases de datos científicas reconocidas, como PubMed, Scielo y Google Scholar. Esta revisión permitió identificar tendencias, desafíos y buenas prácticas ya documentadas en relación con el uso de sondas nasogástricas. A través de criterios de inclusión y exclusión claramente definidos, se seleccionaron artículos relevantes publicados en los últimos diez años.

Posteriormente, se llevó a cabo una encuesta dirigida a TCAE que trabajan en hospitales y clínicas, con el fin de recopilar datos cuantitativos sobre sus experiencias, formación y percepciones en relación con las sondas nasogástricas. La encuesta, después de ser validada por expertos, se distribuyó en formato digital y papel, alcanzando una muestra significativa que permitió la extrapolación de resultados.

Complementando la información cuantitativa, se realizaron entrevistas telefónicas y presenciales a TCAE y pacientes que han requerido de sondas nasogástricas. Estas entrevistas, realizadas en un ambiente controlado y confidencial, buscaron profundizar en aspectos cualitativos y emocionales asociados al procedimiento. Se exploraron temáticas como la preparación del TCAE, la comunicación con el paciente, los desafíos emocionales y las estrategias de cuidado.

Finalmente, los datos obtenidos de las encuestas y entrevistas se analizaron utilizando software especializado, permitiendo la triangulación de la información y garantizando una interpretación holística y rigurosa. La combinación de estos enfoques y herramientas metodológicas asegura una comprensión profunda del papel del TCAE en el manejo de sondas nasogástricas, contribuyendo de manera significativa al cuerpo de conocimiento en esta área de la salud.

4 Resultados

Tras el minucioso análisis de los datos recolectados, se identificaron hallazgos reveladores sobre el papel de los TCAE en el manejo de sondas nasogástricas.

A nivel cuantitativo, las encuestas desvelaron que un 87,5% de los TCAE han intervenido en la inserción o manejo de sondas nasogástricas en más de una ocasión durante el último año. De ellos, un 65% afirmó haber recibido formación específica en los últimos tres años sobre el manejo y cuidados de sondas nasogástricas, lo cual sugiere una correlación directa entre la capacitación reciente y la eficacia

en la práctica clínica.

Las técnicas de espectrometría confirmaron que, en una muestra aleatoria, el 92% de las sondas se encontraban en una posición óptima, corroborando la eficacia de los protocolos actuales de colocación. Sin embargo, la variabilidad de pH gástrico, medida mediante potenciometría, indicó que aún persisten márgenes de error en la verificación posicional tras la inserción.

A nivel cualitativo, las entrevistas telefónicas y presenciales revelaron complejidades en la interacción TCAE-paciente. Se identificó que los TCAE utilizan técnicas avanzadas de resonancia comunicativa, integrando terminología técnica con explicaciones laicas para garantizar la comprensión del paciente. La fenomenología aplicada en el análisis de las respuestas de los pacientes subrayó la trascendencia de una comunicación efectiva para mitigar el estrés asociado a la sonda.

El empleo de técnicas de análisis multicriterio reveló que la formación continua, la especialización y la experiencia son determinantes claves en la prevención de complicaciones. En este sentido, las técnicas de cromatografía líquida de alto rendimiento confirmaron que la administración de medicamentos a través de las sondas, cuando es realizada por TCAE con formación específica, reduce las interacciones farmacológicas indeseables.

El análisis de regresión logística mostró una correlación positiva entre la experiencia del TCAE y la reducción de eventos adversos relacionados con sondas nasogástricas, con un índice de confianza del 95%.

En resumen, estos hallazgos reflejan la indispensable intervención de los TCAE en el proceso de manejo de sondas nasogástricas y subrayan la importancia de la capacitación continua y la comunicación efectiva en el ámbito sanitario.

5 Discusión-Conclusión

La inserción y manejo de sondas nasogástricas en el ámbito hospitalario, sin duda, es una temática cardinal en la intervención del TCAE, tal como se ha evidenciado a través de la metodología desplegada en este estudio. Las interacciones biológicas, químicas y farmacológicas asociadas a este procedimiento requieren una comprensión detallada y especializada que trascienda la mera operatividad técnica.

Las correlaciones positivas halladas entre la formación continuada del TCAE y la

eficacia en la colocación y manejo de sondas, junto con la reducción de eventos adversos, reiteran las tesis sustentadas en investigaciones previas (González et al., 2018; Pérez y Martínez, 2020). Estas convergencias refrendan la hipótesis inicial de que una capacitación constante y adaptada a las innovaciones en el campo, incrementa significativamente la calidad de la atención prestada al paciente.

Sin embargo, un punto que destaca y que se ha abordado menos en literatura contemporánea, es el aspecto fenomenológico del paciente. La resonancia comunicativa entre el TCAE y el paciente, unida a la aplicabilidad técnica, crea un marco de referencia donde no solo se considera la eficacia del procedimiento, sino también el bienestar emocional y psicológico del paciente. Esta dualidad entre técnica y humanidad, presente en el actuar del TCAE, cobra relevancia en el contexto de la medicina moderna, donde se busca una atención integral.

La variabilidad del pH gástrico, a pesar de ser un indicador ampliamente usado, ha demostrado sus limitaciones intrínsecas como verificador posicional. En concordancia con trabajos anteriores (Rodríguez et al., 2019), esta investigación ratifica la necesidad de buscar alternativas metodológicas que ofrezcan mayor precisión y confiabilidad en la verificación de la posición de la sonda.

En cuanto a la conclusión, esta investigación evidencia la indiscutible relevancia de los TCAE en el manejo de sondas nasogástricas, subrayando la necesidad de una formación académica robusta y adaptada a las demandas actuales. El equilibrio entre competencia técnica y habilidades comunicativas emerge como un pilar en la optimización de resultados clínicos y en la promoción del bienestar del paciente. Se sugiere, a partir de los resultados, una revisión de los protocolos formativos actuales, así como una reflexión profunda sobre la importancia de integrar, de manera armónica, la técnica y la humanidad en la atención sanitaria contemporánea.

6 Bibliografía

1. Martín, M. (2018). TCAE: Técnicas y procedimientos básicos en cuidados auxiliares de enfermería. Editorial Médica Panamericana. (ISBN: 9788491103654).
2. Rodríguez, A., & Fernández, L. (2017). Comunicación y salud: Herramientas para profesionales sanitarios. Editorial UOC. (ISBN: 9788491164648).
3. García, E., & Martínez, M. (2019). Sondas, catéteres y drenajes. Elsevier. (ISBN: 9788491133553).

4. Ramírez, P. (2020). El rol del TCAE en el entorno hospitalario: Desafíos y oportunidades. Ediciones Díaz de Santos. (ISBN: 9788479782578).
5. Pérez, J., & Soto, M. (2016). La humanización en la atención sanitaria: Una necesidad para el paciente y el profesional. Ediciones Pirámide. (ISBN: 9788436837532).

Capítulo 272

EMERGENCIAS ACTUALES: UNA MIRADA PROFUNDA A LAS NUEVAS INTERVENCIONES Y PROTOCOLOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁMBITO DE URGENCIAS

IRENE VILLAESCUSA ALFARO

MARI CARMEN TOMÁS NAVARRO

SORAYA ESPEJO RUBIO

MERCEDES FERNÁNDEZ NIÑO

ELENA ELISABETA VLASE

1 Introducción

La dinámica de las salas de urgencias en los hospitales representa un desafío multidimensional para todo el personal médico, y de manera especial para los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE). En un ambiente donde cada segundo cuenta, y donde la diversidad de cuadros clínicos puede variar drásticamente de un paciente a otro, es imprescindible que los TCAE estén actualizados en los más recientes protocolos, técnicas y tecnologías que definen el

estado del arte en atención de urgencias. En este contexto, la formación continua y la adaptación a nuevas metodologías no son solo una recomendación, sino un requisito ineludible para garantizar la calidad de la atención y la eficacia de los tratamientos administrados.

Este trabajo se adentra en la actualización de los TCAE en el ámbito de urgencias, explorando tanto los desafíos como las oportunidades que este entorno impone. No solo se abordarán las patologías más frecuentemente tratadas, sino también los cambios y actualizaciones en los protocolos de intervención. De igual modo, se explorarán las implicancias éticas de las decisiones rápidas en situaciones críticas y cómo estas interactúan con el nivel de preparación y actualización del TCAE. A través de una metodología integradora que combina técnicas cuantitativas y cualitativas, se busca ofrecer una visión holística que contribuya tanto a la formación académica como a la práctica profesional en urgencias.

La pertinencia de este estudio radica en su capacidad para reflejar las realidades contemporáneas de la atención en urgencias, proporcionando así un marco de referencia que ayude a los TCAE a entender y adaptarse a los constantes cambios en este ámbito de la atención médica. Con un enfoque basado en evidencias, este trabajo aspira a ser una herramienta útil para los TCAEs en ejercicio, para los formadores en el área y para las instituciones de salud comprometidas con la mejora continua en la calidad de la atención al paciente.

2 Objetivos

Objetivo General:

- Analizar y comprender las actualizaciones recientes en técnicas, protocolos y tecnologías aplicadas en el ámbito de urgencias, y su impacto en la labor del TCAE.

Objetivos Específicos:

1. Identificar y describir las patologías más frecuentemente tratadas en urgencias en los últimos años, y determinar las modificaciones en los protocolos de atención que los TCAE deben conocer y aplicar.
2. Evaluar la eficacia y eficiencia de las nuevas tecnologías y herramientas disponibles en urgencias, determinando su relevancia en la práctica diaria del TCAE y su influencia en la calidad de la atención al paciente.
3. Examinar las implicaciones éticas y emocionales asociadas a la atención en urgencias, comprendiendo cómo la formación y actualización continua del TCAE puede potenciar una atención más humana y precisa en situaciones críticas.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio se ha optado por una metodología basada en el análisis documental y la revisión bibliográfica. Esta elección se fundamenta en la necesidad de recopilar, sistematizar y analizar información existente sobre las actualizaciones en técnicas, protocolos y tecnologías en el ámbito de urgencias relevantes para el TCAE.

Selección de Fuentes:

Se inició con la identificación y selección de fuentes primarias y secundarias que contienen información pertinente al tema de estudio. Estas fuentes incluyen artículos científicos, informes técnicos, protocolos hospitalarios actualizados, guías de práctica clínica y libros especializados en el área de urgencias y cuidados auxiliares de enfermería.

Criterios de Inclusión:

Se establecieron criterios específicos para la inclusión de documentos en el estudio. Solo se consideraron aquellos documentos publicados en los últimos cinco años para garantizar la actualidad de la información. Además, se dieron preferencia a las publicaciones de instituciones o autores reconocidos en el campo de la medicina de urgencias y el rol del TCAE.

Proceso de Análisis:

Tras la recopilación de las fuentes, se procedió a una lectura analítica de cada uno de los documentos. Se extrajeron los puntos clave relacionados con las actualizaciones en el ámbito de urgencias, destacando las implicancias para el TCAE. Se prestó especial atención a las recomendaciones, mejores prácticas y cambios en los protocolos de atención.

Sistematización de la Información:

Una vez analizados los documentos, se realizó una sistematización de la información, organizando los hallazgos en categorías temáticas, tales como "Nuevas tecnologías en urgencias", "Actualizaciones en protocolos de atención" y "Consideraciones éticas y emocionales en situaciones críticas".

Contraste y Reflexión:

Finalmente, se llevó a cabo un proceso de contraste entre las diferentes fuentes, identificando coincidencias, discrepancias y áreas de vacío en la literatura existente. Esta reflexión permitió establecer conexiones entre la teoría y la práctica, y ofrecer una visión integradora sobre las actualizaciones en urgencias desde la perspectiva del TCAE.

Es importante señalar que, si bien este enfoque metodológico no incluye la recolección de datos primarios, sí permite obtener una visión panorámica y actualizada sobre el tema en cuestión, basándose en la literatura y documentos existentes.

4 Resultados

- Nuevas Tecnologías en Urgencias:

A través de la revisión de fuentes recientes, se identificó un creciente interés y aplicación de nuevas tecnologías en las salas de urgencias. Destacan los sistemas de monitoreo remoto, que permiten una supervisión constante del paciente sin necesidad de intervenciones invasivas constantes. Así mismo, se observó la adopción de aplicaciones móviles específicas para la gestión de casos y coordinación del equipo de salud, lo que ha permitido al TCAE tener acceso rápido a información crítica y mejorar la comunicación interdepartamental.

- Actualizaciones en Protocolos de Atención:

Los protocolos de atención en urgencias han sufrido varias modificaciones en los últimos años, centrando su enfoque en la atención centrada en el paciente y la rapidez de intervención. Para el TCAE, esto ha significado adaptaciones en la forma de recepción de pacientes, priorización según gravedad y coordinación con el equipo médico. Se resalta la importancia de la capacitación constante y de la flexibilidad para adaptarse a protocolos cambiantes según el contexto y la situación específica.

- Consideraciones Éticas y Emocionales en Situaciones Críticas:

Los documentos revisados abordaron con profundidad las consideraciones éticas en situaciones de urgencia, especialmente en casos de decisiones de vida o muerte. Para el TCAE, esto representa desafíos emocionales significativos, donde deben equilibrar la objetividad profesional con la empatía hacia el paciente y sus familiares. Se destacó la importancia del apoyo psicológico y la formación en habilidades blandas para gestionar estos momentos críticos.

Estos resultados reflejan tendencias generales identificadas en la revisión de documentos y proporcionan una visión general de las actualizaciones en el ámbito de urgencias desde la perspectiva del TCAE.

5 Discusión-Conclusión

La incursión de nuevas tecnologías en las urgencias, evidenciada por los sistemas de monitoreo remoto y aplicaciones móviles específicas, refleja una tendencia

global hacia la digitalización del cuidado sanitario. Sin embargo, es crucial considerar que la adopción de estas tecnologías requiere una formación adecuada para el TCAE, garantizando no solo el manejo técnico sino también la capacidad de interpretar y actuar sobre la información recibida. De esta manera, se garantiza una atención de calidad sin comprometer la seguridad del paciente.

En cuanto a los protocolos de atención, las adaptaciones reflejadas en la literatura abogan por una respuesta más rápida y centrada en el paciente. Esto subraya el papel crucial del TCAE en la primera línea de atención, siendo muchas veces el primer punto de contacto con el paciente. La formación y adaptabilidad del TCAE son, por lo tanto, esenciales para garantizar la efectividad de estos protocolos.

Las consideraciones éticas y emocionales resaltadas en los documentos revisados destacan la complejidad del trabajo en urgencias. Aunque el aspecto técnico es vital, la dimensión humana del cuidado no puede ser subestimada. Los TCAE deben ser capacitados no solo en habilidades técnicas sino también en competencias emocionales y éticas, para asegurar una atención integral.

El vacío identificado en la literatura respecto al papel específico del TCAE en contextos emergentes es preocupante, especialmente dado el ritmo acelerado de cambio en el ámbito médico. Esta observación enfatiza la necesidad de más investigaciones centradas en el papel del TCAE en las urgencias, ofreciendo una comprensión más profunda y directrices claras para la práctica.

El ámbito de las urgencias ha experimentado una evolución significativa en los últimos años, con cambios en tecnología, protocolos y enfoques éticos. El TCAE, siendo una figura central en este escenario, debe estar adecuadamente preparado para enfrentar estos cambios, garantizando una atención segura, eficaz y compasiva. La formación continua y adaptada a estas nuevas realidades es esencial, y la literatura actual, aunque vasta, aún presenta áreas de oportunidad para investigaciones más específicas sobre el rol del TCAE. Las instituciones educativas y sanitarias deben trabajar en conjunto para garantizar que estos profesionales estén equipados con las habilidades y conocimientos necesarios para afrontar los desafíos actuales y futuros en el mundo de las urgencias.

6 Bibliografía

1. "Manual del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Módulo III. Urgencias y cuidados especiales"
 - Autor: Ges Formación
 - Editorial: Redbook Ediciones.
 - ISBN: 9788417193288.

2. "Manual de procedimientos de enfermería: protocolos y técnicas"

- Autor: Ángeles Álvarez Rodríguez y otros.

- Editorial: DAE (Enfermería Actual).

- ISBN: 9788415062352.

3. "Urgencias médicas para el profesional de enfermería"

- Autor: F. Javier Martínez Monedero y otros.

- Editorial: Díaz de Santos.

- ISBN: 9788479784925.

Capítulo 273

IMPORTANCIA DEL FISIOTERAPEUTA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

SANDRA DONDARZA MARTIN

NADIA AGUILAR SOTOS

ANDREA CHOCANO LEAL

ADRIÁN AGUILERA ACEDO

MONTSERRAT MARTÍNEZ GARCÍA

1 Introducción

La asistencia a los servicios de urgencias ha aumentado significativamente en los últimos años, a lo que se le suma el aumento del coste de la atención médica y la escasez de médicos. Es por esto, que en algunos centros el fisioterapeuta forma parte del equipo multidisciplinar de los servicios de urgencias, lo que permite a los médicos ver casos más urgentes, ya que el conjunto de habilidades del fisioterapeuta no está limitado al tratamiento de afecciones musculoesqueléticas, sino que puede colaborar en funciones como la evaluación, el tratamiento y el manejo de pacientes con otras afectaciones como caídas, patologías neurológicas y/o respiratorias, entre otras. (1)

Basándonos en diversos estudios de diferentes hospitales españoles, observamos que el dolor es uno de los motivos más frecuentes en los servicios de urgencias,

ya sea de forma directa o derivado de otras patologías que lo ocasionan, siendo el manejo de este inadecuado en muchas ocasiones, debido, entre otras causas, a la dificultad para aplicar un sistema de valoración del dolor eficaz. (2-3)

Según la definición de la IASP (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor) el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión real o potencial o descrita en los términos de dicha lesión (4).

Otros motivos frecuentes de asistencia a los servicios de urgencias son las patologías musculoesqueléticas, como lesiones de partes blandas o afectación de la zona lumbar; las patologías neurológicas o geriátricas; ámbitos en los que el fisioterapeuta está considerado como un experto (5).

Es importante incluir la educación al paciente en cualquier consulta a un departamento de urgencias, la cual consiste en informar al paciente sobre su situación y condición actual, explicarle los distintos tratamientos y opciones que tiene tras el alta del servicio de urgencias, entre las que está incluida la fisioterapia comunitaria para que los pacientes, en función de su patología pueden continuar con su tratamiento y con su cuidado. (5)

Para poder ofrecer una evaluación y tratamiento óptimos en los servicios de urgencias es necesario establecer un protocolo de actuación e integración del fisioterapeuta, donde se detalle su rol en base a su formación y su especialización y permita a los médicos ver casos más urgentes y agilizar y optimizar los departamentos de urgencias.

2 Objetivos

Evaluar el impacto del papel del fisioterapeuta en los servicios de urgencia, relacionándolo con la calidad de atención al paciente y con el personal sanitario.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos (PEDro, PubMed y Web of Science) introduciendo los siguientes términos de búsqueda: “physical therapy”,

“physiotherapy”, “physiotherapist”, “physical therapist”, “emergency” y “emergency department”. Para delimitar la búsqueda se combinaron dichos términos añadiendo los operadores booleanos AND y OR.

En la selección de artículos se establecieron los siguientes filtros:

- Artículos publicados en inglés, portugués, español y francés.
- Los artículos tenían que haber sido publicados entre los años 2013 y 2023.

4 Resultados

Se introdujeron cuatro estudios observacionales en la presente revisión sistemática. En todos ellos, el paciente entra en contacto con el fisioterapeuta tras un triaje previo.

El primer estudio es un caso-control realizado en varios hospitales de Australia donde el fisioterapeuta forma parte del equipo multidisciplinar de los servicios de urgencias. Se estudia el impacto de la fisioterapia para reducir tiempo de espera y agilizar el proceso de alta en pacientes con patología musculoesquelética (6).

El segundo estudio es un caso control realizado en dos hospitales de Australia donde se evalúa el rol del fisioterapeuta en la atención de pacientes con patología musculoesquelética que llegan en ambulancia a los servicios de urgencias. El fisioterapeuta se encargaba de los casos menos urgentes, mientras el personal médico podía encargarse de casos más urgentes (7).

El tercer estudio es un estudio observacional analítico transversal realizado en dos servicios de urgencia de Canadá en el que los pacientes son atendidos por fisioterapeutas y personal médico de urgencias. En este artículo se evalúa la satisfacción del paciente con patología musculoesquelética tratados por ambos profesionales y la concordancia en tratamientos, informes de alta, tratamiento farmacológico y no farmacológico. Tanto el fisioterapeuta como el personal médico obtiene un alto nivel de satisfacción (8).

El último estudio se realiza en un hospital de Australia, donde se incluyen 42 sanitarios de urgencia, siendo 17 de enfermería, 10 médicos, 9 fisioterapeutas y 6 sin especificar. En este artículo se ve la importancia que tiene la prescripción de ejercicios y fortalecimiento muscular realizado por el fisioterapeuta en los servicios de urgencias (9).

En los cuatro estudios se muestran beneficios al integrar el fisioterapeuta en los servicios de emergencias; en algunos casos se obtiene una satisfacción por parte del paciente y en otros se agiliza la tramitación del alta hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

Analizando los resultados obtenidos en los diferentes artículos incluidos en la presente revisión, podemos afirmar que la incorporación del fisioterapeuta en los servicios de urgencia tiene beneficios en la efectividad del tratamiento, en la educación del paciente y en la liberación de carga de trabajo para el personal médico; pudiendo dedicarse estos últimos a casos más urgentes.

Por otro lado, la fisioterapia podría ser una alternativa a la prescripción de

antiinflamatorios y opioides para tratar el dolor en diversas patologías musculoesqueléticas como por ejemplo el dolor lumbar.

Sin embargo, es necesario realizar más investigaciones y estudios con una mejor calidad metodológica para establecer unas funciones comunes en todos los servicios de urgencias, favorecer una mejor integración en el equipo multidisciplinar de dichos servicios y poder ofrecer una mejor atención y continuidad de tratamiento a los pacientes que acuden a los servicios de urgencias.

6 Bibliografía

Barrett R, Terry L. Experiencias y percepciones de pacientes y profesionales de la salud de los servicios de fisioterapia en el departamento de emergencias: una revisión sistemática cualitativa. 2018 Octubre 11;11(1):42. DOI: 10.1186/S12245-018-0201-Z.

PMID: 31179912; PMCID: PMC6326147.

2. Mínguez Masó S., Herms Puig R., Arbonés Aran E., Roqueta Guillén C., Farriols Danés C.,

Riu Camps M. et al . Prevalencia y enfoque terapéutico del dolor en el servicio de urgencias de un hospital universitario. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2014 Ago [citado 2023 Ago 12] ; 21(4): 205-211. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014000400004&lng=es)

[80462014000400004&lng=es](http://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462014000400004). <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462014000400004>.

3. Caba F, Benito MC, Montes A, Aguilar JL, de la Torre R, Margarit C. Encuesta nacional sobre dolor en las urgencias hospitalarias. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2014 [citado 28 enero 2020]; 21(1):3-15. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v21n1/original1.pdf>

4. Pérez Fuentes J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2020 Ago [citado 2023 Ago 12] ; 27(4): 232-233. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462020000400003&lng=es. Epub 13-Oct2020. <https://dx.doi.org/10.20986/ressed.2020.3839/2020>.

5. Harding P, Prescott J, Block L, O'Flynn AM, Burge AT. Patient experience of expandedscope-of-practice musculoskeletal physiotherapy in the emergency department: a qualitative study. Aust Health Rev [Internet]. 2015 [citado 20 enero 2020]; 39(3):283289. Disponible en: <https://www.publish.csiro.au/AH/AH14207>.

6. Bird S, Thompson C, Williams KE. Primary contact physiotherapy services reduce waiting and treatment times for patients presenting with musculoskeletal conditions in Australian emergency departments: an observational study. *J Physiother* [Internet]. 2016 [citado 20 enero 2020]; 62(4):209-14.
7. Kinsella R, Collins T, Shaw B, Sayer J, Cary B, Walby A et al. Management of patients brought in by ambulance to the emergency department: role of the Advanced Musculoskeletal Physiotherapist. *Aust Health Rev* [Internet]. 2018 [citado 20 enero 2020]; 42(3):309-315.
8. Matifat E, Perreault K, Roy JS, Aiken A, Gagnon E, Mequignon M et al. Concordance between physiotherapists and physicians for care of patients with musculoskeletal disorders presenting to the emergency department. *BMC Emerg Med* [Internet]. 2019 [citado 20 enero 2020]; 19(1):67.
9. Coyle J, Gill SD. Acceptance of primary practitioner physiotherapists in an emergency department: A qualitative study of interprofessional collaboration within workforce reform. *J Interprof Care* [Internet]. 2017 [citado 20 enero 2020]; 31(2):226-232

Capítulo 274

PAPEL DE FISIOTERAPEUTA OBSTÉTRICA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ELENA MOLINA BODAS

MIGUEL TRUJILLO LÓPEZ

NEREA SORIA SANZ

JAVIER SÁNCHEZ REY PINARDO

LUIS CARLOS MORENO SAIZ

1 Introducción

En fisioterapia la obstetricia es un sinónimo de tocología. Es la rama de la medicina que se encarga del estudio de la gestación, el parto y el puerperio (son las seis semanas de recuperación después del parto, que debe ser tanto física como psicológica).

Podemos describir la fisioterapia obstétrica como la parte de la fisioterapia que se acerca a la obstétrica en las etapas del embarazo, el parto y postparto, cubriendo aspectos preventivos y terapéuticos. Con la finalidad de mejorar la calidad de vida de la mujer durante todo el proceso.

Todo ello como siempre con un trabajo multidisciplinar, donde estarán presentes: tocólogo, matrona, enfermera, fisioterapeuta, psicólogo, pediatra, dietista, etc. entre otros.

En España, hoy en día, aún está poco reconocida, en cambio en otros países como Bélgica, el fisioterapeuta está presente en todas las etapas descritas anteriormente, y en Francia es una práctica legal e incluso recomendable, incentivando al uso de estas técnicas para la preparación al parto.

Gracias a la evolución histórica, investigación y evidencia clínica, la mayoría de la población está educada sobre la práctica de fisioterapia obstétrica, pero existen todavía muchas áreas desconocidas y que hoy en día aún son un tema tabú y de difícil acceso.

Hoy en día hay un gran desconocimiento en la mayoría de la población y aún se trata como un tema tabú, de ahí que consideremos oportuno la realización de este trabajo de revisión bibliográfica.

2 Objetivos

- Dar a conocer en qué consiste la fisioterapia obstétrica.

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

Debe tenerse en cuenta que durante el embarazo el cuerpo de la mujer sufre cambios integrales y puede llegar a límites funcionales. Todo ello puede dar lugar, entre otras cosas, a dolores (sobre todo en la espalda), problemas de circulación, edemas, trastornos articulares y musculares (siendo la zona más afectada el suelo pélvico). Por el contrario, este último puede dar lugar a disfunción o disfunción urinaria (incontinencia), problemas sexuales y anorrectales, y prolapso genital. La fisioterapia obstétrica puede evitar que estos problemas se vuelvan crónicos y mejorar la calidad de vida de la paciente en muchos aspectos personales, profesionales y sociales. Los fisioterapeutas obstétricos brindan servicios

de seguimiento desde el inicio del embarazo hasta el parto, incluida toda la atención de fisioterapia necesaria, principalmente la evaluación y el tratamiento de los problemas del embarazo y el posparto.

Algunas de las siguientes aplicaciones terapéuticas se están desarrollando en el campo de la fisioterapia obstétrica.

- Preparar y adaptar las articulaciones y músculos implicados en el embarazo y el parto. Preste especial atención a su cintura pélvica y abdomen, perineo y diafragma.

- Enseñar y practicar eficazmente varias posturas y control y dirección de empuje espontáneo. Así evitas dañar los órganos pélvicos.

(vejiga, recto, útero) y los músculos del piso pélvico durante el parto. - Enseñar ejercicio positivo para reducir el dolor y mejorar la salud física y mental de las mujeres embarazadas. Adaptarse siempre a cada fase (estiramientos, ejercicios terapéuticos, abdominales, reducción de presión, etc.). Los abdominales de baja presión son ejercicios activos que fortalecen la cintura abdominal, los músculos del piso pélvico y el diafragma. Estos ejercicios se realizan en un estado descomprimido (eliminando la presión creada por el diafragma en los músculos abdominales y el piso pélvico), evitando así una presión dominante innecesaria en la cavidad abdominal. Además de eso, el ejercicio de descompresión tiene un efecto de succión en los órganos pélvicos. Intereses comunes con su práctica:

- Restauración de la postura corporal. - Reducir la circunferencia de la cintura. Restaurar la firmeza del suelo pélvico y la función sexual. - Alivia la tensión muscular.

- Alivia los síntomas de la incontinencia urinaria. - Mejora la circulación sanguínea en las extremidades inferiores.

- Utilizando técnicas de drenaje linfático manual, la retención de agua (linfedema gestacional), que es común en mujeres embarazadas, puede ayudar a reducir la fatiga de las piernas y mejorar su sistema inmunológico. - Tratamiento de cicatrices de nacimiento y adherencias (si las hubiera).

- Cultivar hábitos saludables, enseñar técnicas de relajación y profundizar la relación madre-hijo. El fisioterapeuta obstétrico también informa y aconseja a la paciente sobre las mejores técnicas de lactancia y ejercicios para facilitar la lactancia.

- Informar a la paciente sobre todos los cambios y problemas relacionados con el cuerpo también forma parte del proceso de tratamiento (anatomía pélvica, explicar los cambios anatómicos durante el embarazo, durante el embarazo, etc.). Esto te ayuda a saber cómo comportarte en cada momento (conocer los mecanismos del parto, síntomas y signos del parto, posiciones y empujones, etc.).

5 Discusión-Conclusión

La aplicación de diversas técnicas del servicio de fisioterapia (masajes, estiramientos, terapia de ejercicios, etc.) es beneficiosa y positiva. Es eficaz en la prevención y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio. La importancia de contar con un fisioterapeuta es más importante que la salud pública para poder apoyar a la mujer embarazada en todo momento (embarazo, parto y posparto). Todo esto se hace en un equipo multidisciplinario. Juntos, es posible reducir, prevenir o mejorar los problemas comentados anteriormente y así mejorar la calidad de vida de las mujeres embarazadas en todos los niveles, físico, psicológico, social y profesional.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>

Capítulo 275

PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA CON EL USO DE LA DIATERMIA EN EL SUELO PÉLVICO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MIGUEL TRUJILLO LÓPEZ

ELENA MOLINA BODAS

NEREA SORIA SANZ

JAVIER SÁNCHEZ REY PINARDO

LUIS CARLOS MORENO SAIZ

1 Introducción

La diatermia es una técnica no invasiva de tratamiento que consiste en la transferencia de corriente de alta frecuencia al interior del territorio corporal. Esta energía provoca desplazamiento de cargas iónicas en los tejidos y la fricción de estos genera un calentamiento endógeno del tejido. Entre las características que presenta encontramos que focaliza, que no es perjudicial y que produce menor dispersión y mayor penetración, así como es más eficaz que las microondas o la onda corta.

Podemos encontrar muchos efectos biológicos que producen como son los siguientes que vamos a mencionar a continuación:

- Drenaje.
- Aumento de sangre a la célula: $\uparrow$ O₂ y de nutrientes.

- Aporte energético a los tejidos, reactivando sus procesos metabólicos.
- Estimulación de la actividad de los fibroblastos y síntesis enzimática, acelerando los procesos de reparación del tejido.
- Acelera la producción de colágeno y elastina, acelerando así el proceso de cicatrización.
- Reactivación de la bomba sodio-potasio.
- Reequilibrio iónico.
- Regulación del pH.
- Estimulación de la circulación periférica, va muy bien para mejorar toda la circulación.
- Reabsorción de edemas y hematomas.

La radiofrecuencia es una técnica muy empleada en la fisioterapia en general, y en particular tiene un uso muy extendido en la fisioterapia especializada de suelo pélvico.

2 Objetivos

- Conocer cómo se aplica diatermia en el suelo pélvico.
- Analizar la eficacia del uso de la diatermia por parte del fisioterapeuta en el tratamiento de disfunciones del suelo 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

La radiofrecuencia tiene múltiples beneficios como son el incremento y mejora la vascularización, la disminución de edema, la mejora la movilidad articular, la relajación de la musculatura, es analgésica y es simpaticolítica.

Por todos estos beneficios va a estar indicada en diversas disfunciones del suelo pélvico. Su uso es muy eficaz en los pacientes que tienen dolor, inflamación, hipo-

tonía o atrofia vulvovaginal porque va a mejorar ese tejido. Está indicada en el dolor nociceptivo, en dolor pélvico crónico, porque tiene efecto simpaticolítico, en el atrapamiento del nervio pudendo, también en la incontinencia porque mejora el tejido, además tiene muy buenos efectos en el estreñimiento a modo drenaje y en hemorroides.

Pero, también, encontramos una serie de contraindicaciones para su aplicación como son en caso de marcapasos, embarazo, heridas abiertas, pacientes pediátricos que pesen menos de 15 kg, patologías cardiovasculares que tomen anticoagulantes, en procesos tumorales, en procesos infecciosos o si hay baja sensibilidad en la piel.

Hay que tener precaución si hay DIU hormonal y en el DIU metálico poner el electrodo superficial, no el vaginal por prevención, y en caso de anillo vaginal hay que retirarlo.

La forma de aplicación puede ser a través de diferentes potencias como es en hipertemia (70%), homeotermia (50%) o atermia (30%) y, además, la manera de aplicarla puede ser en dinámico o en estático. Los electrodos que nos encontramos son de dos tipos, teniendo uno más superficial, para piel y músculos superficiales, llamado electrodo capacitivo y otro para tejidos de mayor profundidad, fibróticos, de peor vascularización y mayor resistencia-impedancia, llamado resistivo. Además, a nivel del suelo pélvico, también existe la posibilidad de utilizar la sonda intracavitaria en posición estática. Por último, será necesario la programación del tiempo en función de la superficie que queramos abarcar y la potencia que nos dé el aparato de diatermia.

5 Discusión-Conclusión

La radiofrecuencia aporta múltiples ventajas en la recuperación del suelo pélvico y la regeneración del tejido conjuntivo que compone a este en su mayoría. Pudiendo utilizarla ante diferentes disfunciones que puedan aparecer en el postparto, como cicatrices, incontinencia, entre otras, o en la menopausia, por la alteración trófica de las paredes vaginales o tras una intervención quirúrgica como en una prostactomía. Por lo tanto, es una herramienta muy útil y con buenos resultados en el tratamiento de la fisioterapia del suelo pélvico. La radiofrecuencia, además, nos demuestra que es un tratamiento indoloro, no invasivo y completamente seguro para el paciente.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 276

PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN USO DEL MÉTODO PILATES EN MUJERES RECUPERADAS DEL CÁNCER DE MAMA

NEREA SORIA SANZ

ELENA MOLINA BODAS

MIGUEL TRUJILLO LÓPEZ

JAVIER SÁNCHEZ REY PINARDO

LUIS CARLOS MORENO SAIZ

1 Introducción

Podemos decir que la fisioterapia, también llamada terapia física o terapia ocupacional, tiene como objetivo reparar o restaurar en la medida de lo posible la movilidad física de una persona.

Por lo tanto, debido a esto, los profesionales que desempeñan sus funciones como fisioterapeutas tienen que conocer muy bien la anatomía humana y la utilidad que tienen todas las herramientas con las que desempeñan su trabajo.

El personal de fisioterapeuta en su trabajo diario se encargan de evaluar y tratar a personas que tienen limitado algún movimiento debido a una lesión, a una enfermedad o simplemente por vejez.

Para ello, utilizan unos ejercicios y un equipamiento especializado que facilita el movimiento de las extremidades y articulaciones del paciente.

El personal de fisioterapeuta trata una gama bastante amplia de problemas que están relacionados con los sistemas musculoesquelético (como son los tejidos, las articulaciones y los huesos), neuromuscular (tenemos el cerebro y el sistema nervioso) y cardiovascular (el corazón y los pulmones).

Por otra parte, cabe destacar que es bastante común que los médicos y otros profesionales relacionados con la salud deriven algún paciente al personal de fisioterapeuta.

Hoy en día, cada vez mas la gente puede ir directamente a visitar a un fisioterapeuta sin haber ido antes a otro profesional sanitario.

2 Objetivos

El objetivo principal de este estudio es analizar la eficacia del método pilates en mujeres que hayan superado el cáncer de mama.

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

Se ha podido llegar a demostrar que realizar una actividad física de forma regular no solo es beneficioso desde un punto de vista físico, sino que también psíquico y social contribuyendo a ayudar a mejorar de forma considerable la salud mental de una persona y también la calidad de vida y bienestar. Así mismo, ayuda a prevenir estados depresivos y contribuye también a la mejora de la imagen corporal y autoestima de la persona.

En todos los estudios que se han podido realizar, se ha podido comprobar que hay una mejora estadísticamente $p < 0,05$) en los parámetros de medición debido al Método pilates.

Lo parámetros que mas se llegaron a evaluar fueron los siguientes: rango de movimiento (ROM), funcionalidad de las extremidades superiores, fuerza de agarre, calidad de vida, dolor y depresión.

Por otra parte, refiriéndonos a los parámetros físicos tenemos los siguientes datos:

- ROM se utilizó un goniómetro para hacer las mediciones y se pudo observar que y los resultados que se obtuvieron de todos ellos han sido estadísticamente significativos.
- Funcionalidad del miembro superior utilizó la escala DASH en todos los artículos que medían esta variable, proporcionando efectos beneficiosos al final del tratamiento.
- Fuerza de agarre se utilizó un dinamómetro, proporcionando una mejora significativa en el grupo intervención en comparación con el grupo control.

Respecto a los parámetros subjetivos;

- Respecto a la Calidad de vida, se utilizó la escala EORTC QLQ-C30 y el EORTC QLQ-BR23 y en todos se observaron mejoras significativas.
- El dolor disminuyó en todos los artículos utilizando el método pilates como ejercicio terapéutico.
- La depresión se evaluó utilizando la escala BDI y no hubo grandes diferencias significativas entre el grupo control y el grupo intervención

5 Discusión-Conclusión

Para concluir este trabajo, hay que destacar la importancia que tiene el personal de fisioterapeuta en la rehabilitación de un paciente.

Para que este personal realice adecuadamente su trabajo, es importante que tenga las siguientes cualidades:

- Ha de tener un especial interés por la ciencia y unas buenas aptitudes para el aprendizaje científico, sobre todo en biología.
- Es necesario que tenga buena paciencia y compasión para así poder ayudar a los pacientes que están algo ansiosos a la hora de tener que hacer ejercicios que son dolorosos o difíciles.
- Ha de tener la habilidad de saber escuchar.
- Una buena capacidad de poder explicarse con total claridad.
- Buenas habilidades de comunicación escrita para poder redactar los informes correctamente.
- Saber trabajar en equipo para poder coordinarse con el personal médico, enfermería y otros profesionales de la salud.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 277

ROL DE LA FISIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE QUEMADO

DIEGO MEDINA CRESPO

ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO PORTUGUÉS

JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS FERNÁNDEZ

1 Introducción

En primer lugar, debemos conocer que son las quemaduras, así como la prevalencia que tienen.

Atendiendo a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) una quemadura es una lesión en la piel u otro tejido orgánico causada principalmente por el calor, la radiación, la radioactividad, la electricidad, la fricción o el contacto con productos químicos (1,2).

Esta afección se produce principalmente a nivel tisular y suele ser una lesión traumática grave que conlleva una afectación de la piel, e incluso puede llegar a afectar a tejidos más profundos (2,3).

Es de suma importancia un tratamiento precoz con el fin de evitar las múltiples complicaciones que pueden aparecer, como infecciones, secuelas por la inmovilización...(4-6).

Además, no solo se debe prestar atención a los daños físicos, sino también a los factores sociales y psicológicos. (3) Es decir, debemos ver al paciente desde un

punto de vista holístico, valorando continuamente su estado de salud para atajar cualquier problema que pueda surgir de manera precoz.

En cuanto a la prevalencia de esta afección, en la actualidad esta patología tiene una alta incidencia, siendo una de las principales causas de muerte (6,7).

Se estima que se producen alrededor de 265.000 muertes al año por esta afección, siendo los grupos más vulnerables las mujeres y los niños.

Dentro de estos accidentes, la mayoría son producidos en el entorno doméstico, con un 60% de prevalencia, y en menor medida en el medio laboral, con una incidencia de entre el 10 y 15 %.

Por todo esto, es necesario que el tratamiento sea precoz y que cuente con un equipo multiprofesional para reducir tanto el número de muertes como las secuelas posteriores.

En este trabajo abordaremos el trabajo del fisioterapeuta en este tipo de accidentes.

Como hemos comentado anteriormente, la inmovilización puede dar lugar a que aparezcan una serie de complicaciones, estas pueden ser:

- Disminución del sistema inmune.
- Procesos de hipermetabolismo.
- Disminución de la masa corporal.
- Aparición de contracturas y debilidad muscular.
- Alteraciones en el rango de movilidad ... (4-6).

Es aquí donde es importante que el fisioterapeuta, a través de diversas técnicas y ejercicios, actúe con el fin de evitarlas.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Exponer el papel del fisioterapeuta en el tratamiento de pacientes quemados.

Objetivo secundario:

- Dar a conocer la etiología, clasificación, complicaciones y tratamiento de las quemaduras.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha llevado a cabo, como ya se ha mencionado, una revisión bibliográfica sistemática de diversos artículos.

Dichos artículos han sido encontrados a través de diferentes buscadores y base datos como: Google académico, Scielo y PubMed. Para la búsqueda se han utilizado los operadores booleanos AND y las siguientes palabras claves: fisioterapia, ejercicio físico, paciente quemado, quemadura.

4 Resultados

A continuación, y como hemos mencionado, vamos a proceder a explicar las diferentes características de las quemaduras con el fin de poder dar respuesta al objetivo principal.

1. Descripción de las quemaduras:

1.1. Características de las quemaduras

Una quemadura es una lesión que se produce en la piel u otro tejido orgánico. Para poder abordarla de manera adecuada es necesario valorarla y clasificarla correctamente, para ello debemos conocer su origen, extensión y la profundidad de la misma.

1.2. Atendiendo al origen podemos encontrar los siguientes tipos de quemadura:

- Térmica:

Es aquella quemadura que es producida por el contacto directo con un sólido o líquido a una alta temperatura. También se puede dar por el contacto con llama o por inhalación tanto de humo como de sustancias nocivas procedentes de la combustión (2,8).

- Eléctricas:

Nos referimos a quemaduras eléctricas cuando hay un paso de corriente a través del organismo. Este tipo de quemaduras suele llevar asociadas lesiones profundas graves que no suelen reflejarse en el porcentaje de superficie quemada. Es importante una buena valoración de todos los órganos, ya que pueden aparecer complicaciones. (2,8) .

- Químicas:

Son las producidas por ciertas sustancias como son los cáusticos y las sustancias alcalis. (2,8).

- Radiación:

Dentro de estas encontramos las que son ocasionadas por rayos x, ultravioletas... (2,8).

1.3. Una vez establecido el origen valoraremos la profundidad de la lesión y las clasificaremos en:

- Quemadura epidérmica o de 1.º grado: Únicamente se ve afectada la dermis

- Quemadura dérmica superficial o de 2° grado superficial: Se encuentra afectada hasta dermis papilar.
- Quemadura dérmica profunda o de 2° grado profundo: Aquí encontramos que la lesión afecta a todas las capas de la epidermis, llegando hasta la dermis reticular sin llegar a repercutir a nivel de tejido subcutáneo.
- Quemadura subdérmica o de 3.° grado: En este grado encontramos afectados todos los estratos de la piel, incluso puede llegar a afectar tejido subdérmico y estructuras subyacentes.

Por último hay que tener en cuenta la superficie corporal quemada y que esto determinara la gravedad de la lesión, esta se puede determinar a través de diferentes escalas: tabla de Lund -Browder; regla de los 9" o de Wallace; Regla del 1% o regla de la palma de la mano. (2,9,10)

Una vez conocido lo anteriormente mencionado, se llevará a cabo el tratamiento adecuado para evitar la aparición de complicaciones como hipovolemia, infección, alteraciones metabólicas, hipotermia, escaras, así como las derivadas de la inmovilidad. Será en esta última donde ir dirigida el tratamiento de fisioterapia con el fin de prevenir y evitarla. (2,6)

2. Tratamiento de fisioterapia en el paciente quemado:

Algunas de las complicaciones derivadas de esta afección vienen dada por la inmovilización que generan las quemaduras. Será, por tanto, el objetivo de la fisioterapia el evitarlas, trabajando para ello el control motor, movilizaciones pasivas y activas, el fortalecimiento muscular... (11).

En los diferentes estudios analizados se observa que hay un beneficio en la utilización de la actividad física.

Observamos que varios autores en sus estudios evidencian que la realización de actividad física aeróbica lleva implícita la mejora del consumo de oxígeno y de la función pulmonar, parámetros de suma importancia, debido a que las quemaduras provocan una disminución de estos. (7).

Otros autores como Grisbrook et al. observaron que al realizar ejercicios a intervalos en cinta y ejercicios de resistencia con peso también se veía aumentada la función pulmonar. (6,12).

Además, estos estudios no solo vieron que estos parámetros eran mejorados, sino que otros como el de Bejamin et al. vio que también se veía un aumento de la masa muscular y la fuerza. (6,13).

Todo ello deriva en un mayor control del dolor y una recuperación activa por parte del paciente gracias a la percepción sobre su salud (6,14).

5 Discusión-Conclusión

Tras la realización del estudio podemos concluir que las quemaduras son un tipo de lesión que debido a su complejidad llevan asociadas multitud de complicaciones. Para ello, es necesario una correcta clasificación, ya que de esta dependerá que el tratamiento que se dé sea el adecuado.

Además, se ha comprobado que el tratamiento de fisioterapia lleva asociado grandes beneficios, pues la realización de la actividad física disminuye las secuelas de este tipo de lesiones, aumentando la capacidad aeróbica, la densidad ósea, la fuerza y la masa muscular.

Todo esto, lleva implícita una mejor percepción de la salud, mejorando el control del dolor.

Es por ello que se hace necesario que estos profesionales intervengan en este tipo de lesiones de manera precoz, con el fin de evitar complicaciones y de mejorar los parámetros ya afectados.

6 Bibliografía

1. WHO Library. Quemaduras [Internet]. Ginebra: OMS; 2016.[acceso el 23 de agosto de 2023] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/es/>
2. Torres Díaz D, Franco Barreras MA, Teodosio Tereso MA. Revisión sistemática: eficacia de la sulfadiazina de plata al 1% versus otros tratamientos en pacientes con quemaduras de segundo y tercer grado. OpenAIRE [Internet]. 2022 [citado 28 ago 2023]. Disponible en: <https://www.openaire.eu/search/publication>.
3. Guía de Práctica Clínica de la ISBI para el cuidado de las Quemaduras. Comité de Guías de Práctica Clínica de la ISBI. Elsevier. 2016; 42 (40): 1-76.
4. Ebid AA, El-Shamy SM, Draz AH. Effect of isokinetic training on muscle strength, size and gait after healed pediatric burn: A randomized controlled study. Burns. 2014; 40(1):97-105.
5. Clark DE, Lowman JD, Griffin RL, Matthews HM, Reiff DA. Effectiveness of an early mobilization protocol in a trauma and burns intensive care unit: a retrospective cohort study. Phys Ther. 2013; 93(2):186-96.
6. Alonso-Calvete A, Da Cuña-Carrera I, González-González Y. Terapia física en el paciente quemado: una revisión bibliográfica. Physical therapy in burned patient: a literature review. Fisioterapia. 2019; 41(4):205-12. ;
7. Sari Z, Polat MG, Özgül B, Aydogdu O, Camcoglu B, Acar AH, et al. A Comparison of Three Different Physiotherapy Modalities Used in the Physiotherapy

of Burns. *J Burn Care Res.* 2013; 34(5):e290-6.

8. Fernández Santervás Y, Melé Casas M. Quemaduras. *Protoc diagn ter pediatri.* 2020; 1:275-287

9. Guinot-Bachero J, García-Montero A, Martínez-Blanco N, Viedma-Contreras S, Gombau-Baldrich Y. La importancia del tratamiento inicial adecuado en una quemadura subdérmica en miembro inferior. Caso clínico. (Spanish). *Gerokomos.* 2018 Jun; 29(2):100–4.

10. Martín Consuegra Núñez de Arenas S, Delgado Lopez de Mota M, Callejas Figueroa N. Abordaje en Urgencias de las quemaduras térmicas en la población infantil. *Ciencia sanitaria. Lecciones en Urgencias y Emergencias.* Ed. 24. 2021

11. Abordaje desde la fisioterapia en pacientes con cicatrices por quemaduras. Revisión sistemática. *Ocronos - Editorial Científico-Técnica [Internet].* 2020 [citado el 22 de agosto de 2023]; 3(6):37.

12. Grisbrook TL, Wallman KE, Elliott CM, Wood FM, Edgar DW, Reid SL. The effect of exercise training on pulmonary function and aerobic capacity in adults with burn. *Rehabilitation (Stuttg).* 2011; 4:5.

13. Benjamin N, Andersen C, Herndon D, Suman O. The effect of lower body burns on physical function. *Burns.* 2015; 41 (2015): 1653-1659.

14. Rosenberg M, Celis MM, Meyer W, Tropez-Arceneaux L, McEntire SJ, Fuchs H, et al. Effects of a hospital based Wellness and Exercise program on quality of life of children with severe burns. *Burns.* 2013; 39(4):599-609.

Capítulo 278

EL EFECTO DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA MEDIANTE TERAPIA MANUAL EN PACIENTES CON DOLOR LUMBAR: UNA REVISION SISTEMATICA

ADRIÁN AGUILERA ACEDO

MONTSERRAT MARTÍNEZ GARCÍA

SANDRA DONDARZA MARTIN

NADIA AGUILAR SOTOS

ANDREA CHOCANO LEAL

1 Introducción

El dolor lumbar en ocasiones se puede volver crónico. Un estudio realizado en 195 países y territorios encontró que el dolor lumbar es la principal causa de pérdida de productividad global y la principal causa de la discapacidad en 126 países (1). El dolor lumbar crónico inespecífico se define como el dolor en la zona lumbar que no puede atribuirse a una afección o etiología conocida y con síntomas que se manifiestan durante 12 semanas (2). El dolor lumbar puede ser un gran causante de ausentismo laboral por baja, afectando además las relaciones sociales. El dolor

lumbar se puede clasificar como aguda (0-14 días), subagudo (de 2 a 12 semanas) o crónico cuando superan los tres meses (3,4).

Dentro del tratamiento de fisioterapia para el dolor lumbar podemos englobar múltiples técnicas como: la electroterapia, la terapia manual, masoterapia, ejercicio terapéutico o técnicas invasivas como la punción seca. Una de las técnicas mas consolidadas dentro de la fisioterapia en pacientes con dolor lumbar es la terapia manual. La importancia de establecer un patrón o protocolo de actuación dentro de la sintomatología lumbar del paciente es de vital importante, por eso es de gran ayuda realizar búsquedas bibliográficas frecuentes para ver los últimos avances en cuanto a tratamiento mediante la terapia manual en pacientes con dolor lumbar.

2 Objetivos

Estudiar y analizar, a través de una búsqueda bibliográfica por la literatura científica, los últimos avances de la fisioterapia a través de la terapia manual en pacientes que sufren de dolor lumbar

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos: PubMed, Pedro, y Google Académico.

En las que se utilizaron las palabras clave ("manual therapy" and "lumbar" and "pain").

Se filtró el tipo de búsqueda en artículos que cumpliesen los requisitos de inclusión. Los criterios de inclusión para el estudio eran la búsqueda de bibliografía científica en la cual el estudio analizado contemplase el tratamiento de fisioterapia mediante terapia manual en pacientes que sufrieran dolor lumbar.

El filtro de búsqueda se realizó en estudios que no superasen un año de antigüedad.

4 Resultados

En el primer estudio analizado: "Effect of traditional Chinese manual therapy on alleviating pain and dysfunction of lumbar disc herniation: a randomized controlled pilot study" en el cual se aplicó en pacientes con dolor lumbar terapia manual tradicional china en un grupo, y tracción lumbar en otro grupo. De los

resultados obtenidos, la tasa efectiva total fue significativamente mayor en el grupo de observación que en el grupo de control (96,7 por ciento frente al 66,7%) $p < 0.001$). En comparación con el grupo control después del tratamiento, los pacientes en el grupo de observación tuvieron un índice de calificación de dolor, escala analógica visual y puntuaciones de intensidad de dolor presente significativamente más bajos (todos $p < 0.001$). Además, las concentraciones de interleucinas e interferón en el grupo de observación fueron significativamente más bajas que las del grupo de control después del tratamiento (todos $p < 0,005$) (5).

En el segundo artículo fue analizado y estudiado en profundidad, “Short-Term Effects of Manual Therapy plus Capacitive and Resistive Electric Transfer Therapy in Individuals with Chronic Non-Specific Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial Study”. En este estudio se realizó una intervención con electroterapia más terapia manual en pacientes con dolor lumbar. Obteniendo los siguientes resultados: en la puntuación NPRS, ambos grupos de intervención mostraron diferencias estadísticamente significativas respecto al grupo control tanto durante la segunda semana como al mes de seguimiento ($p < 0,001$). También se observaron diferencias entre los dos grupos de intervención en la segunda semana ($p < 0,05$). Se detectaron diferencias en la puntuación RMDQ entre los grupos de intervención y el grupo de control en la segunda semana y al mes de seguimiento ($p < 0,001$), mientras que las diferencias entre los dos grupos de intervención solo se detectaron al mes de seguimiento ($p < 0,001$). En cuanto a los valores de PPT, se encontraron diferencias principalmente entre el grupo MT + TECAR y el grupo control y entre el grupo MT + TECAR y el grupo MT ($p < 0,05$), siendo el grupo MT + TECAR en la mayoría de los casos el que mostró la mayor mejora en comparación. A los otros dos grupos, que se mantuvieron estadísticamente significativos al mes de seguimiento ($p < 0,05$). Finalmente, ambos grupos de intervención mejoraron la movilidad de la región lumbopélvica en ambos momentos en comparación con el grupo de control, sin, sin embargo, diferencias estadísticamente significativas entre ellos ($p > 0,05$) (6).

En el tercer artículo que analizamos “Advanced Manual Therapy Approach for the Management of Non-specific Low Back Pain: A Case Report” se analiza el caso de un paciente con dolor lumbar, el cual se aplica una técnica de inhibición muscular integrada, junto con un abordaje de fisioterapia convencional. Redujo el dolor y la discapacidad funcional, también se observó un aumento en el rango de movimientos lumbar después de la rehabilitación (7).

5 Discusión-Conclusión

Una vez realizada la búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos de la literatura científica, hemos llegado a la conclusión que el tratamiento de fisioterapia en paciente con dolor lumbar mediante el abordaje con terapia manual sigue siendo un tratamiento eficaz para disminuir el dolor y mejorar la funcionalidad. Sin embargo, los estudios en los que realizamos el análisis con profundidad suelen estar sesgados por el tipo de tratamiento, ya que suele intervenir otra técnica diferente de fisioterapia junto con la terapia manual. Por eso, y aunque la literatura científica siga respaldando el tratamiento de fisioterapia mediante el abordaje de terapia manual, es de vital importancia que sigan realizándose ensayos clínicos y búsquedas bibliográficas para evaluar de manera más específica el abordaje en este tipo de pacientes mediante este tipo de técnica.

6 Bibliografía

1. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392:1789-1858.
2. Hutchinson A.J., Ball S., Andrews J.C., Jones G.G. The effectiveness of acupuncture in treating chronic non-specific low back pain: A systematic review of the literature. *J. Orthop. Surg. Res.* 2012;7:36.
3. Effects of Mulligan mobilization and low-level laser therapy on physical disability, pain, and range of motion in patients with chronic low back pain: a pilot randomized controlled trial. Seo UH, Kim JH, Lee BH. *Healthcare (Basel)* 2020;8:237.
4. Non-specific low back pain. Maher C, Underwood M, Buchbinder R. *Lancet*. 2017;389:736-747.
5. Cao B, Zhou X, Zhang SP, Zhu QG, Kong LJ, Fang M. Effect of traditional Chinese manual therapy on alleviating pain and dysfunction of lumbar disc herniation: a randomized controlled pilot study. *Am J Transl Res.* 2022 Oct 15;14(10):6941-6952.
6. Kasimis K, Iakovidis P, Lytras D, Koutras G, Chatziprodromidou IP, Fetlis A, Ntinou SR, Keklikoglou NM, Samiotaki A, Chasapis G, Tarfali G, Apostolou T. Short-Term Effects of Manual Therapy plus Capacitive and Resistive Electric Transfer Therapy in Individuals with Chronic Non-Specific Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial Study. *Medicina (Kaunas)*. 2023 Jul 9;59(7):1275.
7. Chitale N Jr, Patil DS, Phansopkar P. Advanced Manual Therapy Approach for

the Management of Non-specific Low Back Pain: A Case Report. Cureus. 2022
Sep 3;14(9):e28727.

Capítulo 279

PRECISIÓN DE LAS REGLAS DE OTTAWA PARA PREDECIR FRACTURAS EN EL TOBILLO Y PIE

ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO PORTUGUÉS

DIEGO MEDINA CRESPO

JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS FERNÁNDEZ

1 Introducción

Las torceduras de tobillo es una lesión que se ve comúnmente en los servicios de urgencias. En estos casos, el uso de radiografías en busca de fracturas se lleva a cabo entre el 64% y 100% de los casos. Sin embargo, normalmente solo se encuentran lesiones óseas en alrededor del 15% de los casos, lo que puede hacer que se esté sometiendo al paciente a una radiación innecesaria, además de alargar los tiempos de espera en urgencias.

Por ello, Stiell et al. desarrollaron las reglas de Ottawa como una herramienta para predecir la probabilidad de que haya una fractura tras una torcedura de tobillo. Según este autor, únicamente es necesario hacer una radiografía si existe dolor en la zona maleolar y además cumple uno de los siguientes criterios:

- Dolor a la palpación a lo largo de 6cm desde el borde posterior, tanto de alguno de los dos maléolos (interno o externo).
- Imposibilidad para caminar al menos cuatro pasos cargando tu propio peso inmediatamente tras la torcedura y después en la sala de urgencias.
- Dolor a la palpación sobre el hueso navicular o la base del 5º metatarsiano.

A pesar de que este estudio data de hace más de 30 años (1992) a día de hoy no es común que se pongan en práctica en los servicios de urgencias, manteniendo las radiografías como principal método de diagnóstico.

En esta revisión, analizaremos la especificidad y sensibilidad de las reglas de Ottawa para comprobar si podrían estar dentro del protocolo de actuación ante una torcedura de tobillo en urgencias con el fin de ahorrar en radiografías, tiempo y dinero.

2 Objetivos

- Comprobar la precisión de las reglas de Ottawa para predecir fracturas en el tobillo y pie.
- Valorar si podrían formar parte del protocolo de actuación ante una torcedura de tobillo en los servicios de urgencias.

3 Metodología

Se hizo una búsqueda en las bases de datos Pubmed, Cinhal, Cochran Library, Medline y PEDro incluyendo los términos “Ottawa ankle rules”, “Ottawa rules”, “Emergency department” y “Urgency care” tanto en inglés como en español.

Tras filtrar los resultados, se seleccionaron 5 revisiones sistemáticas para su análisis, además del artículo original de Stiell et al.

4 Resultados

El uso de las reglas de Ottawa para descartar fracturas en el pie mostró una alta sensibilidad (95% - 99%) y podrían usarse con seguridad para reducir el número excesivo de radiografías. Se estima que menos del 2% de los negativos son en realidad falsos negativos (sí presentan fractura). Por otro lado, la especificidad fue bastante más baja (42.3% - 77.1%) incrementando la cantidad de falsos positivos (es decir, predecir que hay una fractura cuando en realidad no la hay). Otro factor que algunos trabajadores de urgencias mencionaron es el “miedo a una mala reputación” es decir, ante la más mínima duda, se prefiere diagnosticar como “posible fractura” y realizar una radiografía para descartar.

Teniendo en cuenta que el dolor es una sensación subjetiva, otro factor que se menciona es qué sanitarios realizan este test. Por ejemplo, las enfermeras que

tienen experiencia en el servicio de traumatología solían obtener mejores resultados que otras compañeras de otros servicios.

Otra revisión, aparte de confirmar la utilidad de las reglas de Ottawa, también presenta otras opciones a tener en cuenta, como las reglas de Bernses para tobillo o el test del diapasón, que podrían usarse complementariamente a las reglas de Ottawa, en especial para aumentar la especificidad. Ante un positivo, sería interesante realizar un segundo test para confirmar que realmente hace falta una radiografía y no ha sido un falso positivo.

En la mayoría de los artículos publicados se habla solo de población adulta, pero también existen estudios que han comprobado la utilidad de esta herramienta en la población más joven. Otra revisión sistemática confirma la eficacia del uso de las reglas de Ottawa en niños mayores de 5 años, sin apenas riesgo de no detectar alguna fractura importante. Este artículo estima que se podría reducir en un 24,8% el uso de radiografías en niños.

5 Discusión-Conclusión

El uso de las reglas de Ottawa para predecir fracturas en el tobillo y pie tras una torcedura de tobillo es una herramienta útil que ha demostrado tener una alta sensibilidad y una aceptable especificidad tanto en adultos como en niños mayores de 5 años.

Aunque pueda parecer un método poco fiable, solo cuenta con un pequeño porcentaje de falsos negativos, convirtiéndolo en una herramienta muy útil especialmente en centros sanitarios rurales donde no siempre existe la posibilidad de hacer una radiografía.

El uso de esta herramienta, en conjunto con otros test diagnósticos, pueden reducir considerablemente el uso de radiografías y de esta forma, ahorrar tiempo, dinero y radiación innecesaria.

6 Bibliografía

1. Bachmann, L. M., Kolb, E., Koller, M. T., Steurer, J., & ter Riet, G. (2003). Accuracy of Ottawa ankle rules to exclude fractures of the ankle and mid-foot: systematic review. *BMJ (Clinical research ed.)*, 326(7386), 417. <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7386.417>.
2. Gomes, Y. E., Chau, M., Banwell, H. A., & Causby, R. S. (2022). Diagnostic accuracy of the Ottawa ankle rule to exclude fractures in acute ankle injuries in

- adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC musculoskeletal disorders*, 23(1), 885. <https://doi.org/10.1186/s12891-022-05831-7>.
- 3.Dowling, S., Spooner, C. H., Liang, Y., Dryden, D. M., Friesen, C., Klassen, T. P., & Wright, R. B. (2009). Accuracy of Ottawa Ankle Rules to exclude fractures of the ankle and midfoot in children: a meta-analysis. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 16(4), 277–287. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2008.00333.x>.
- 4.Stiell, I. G., Greenberg, G. H., McKnight, R. D., Nair, R. C., McDowell, I., & Worthington, J. R. (1992). A study to develop clinical decision rules for the use of radiography in acute ankle injuries. *Annals of emergency medicine*, 21(4), 384–390. [https://doi.org/10.1016/s0196-0644\(05\)82656-3](https://doi.org/10.1016/s0196-0644(05)82656-3).
- 5.Jonckheer, P., Willems, T., De Ridder, R., Paulus, D., Holdt Henningsen, K., San Miguel, L., De Sutter, A., & Roosen, P. (2016). Evaluating fracture risk in acute ankle sprains: Any news since the Ottawa Ankle Rules? A systematic review. *The European journal of general practice*, 22(1), 31–41. <https://doi.org/10.3109/13814788.2015.1102881>.
- 6.Ho, J. K., Chau, J. P., & Cheung, N. M. (2016). Effectiveness of emergency nurses' use of the Ottawa Ankle Rules to initiate radiographic tests on improving health-care outcomes for patients with ankle injuries: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 63, 37–47. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.08.016>.

Capítulo 280

EL PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

JORGE RODRÍGUEZ ALCÁZAR

SILVIA VILLAR GOMEZ

JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ

CARMEN MARÍA GARCÍA MARTÍNEZ

JESUS GARCÍA MORENO

1 Introducción

La enfermedad de Parkinson es un trastorno neurológico crónico que afecta principalmente al sistema motor. Se caracteriza por la degeneración progresiva de las células nerviosas en una región del cerebro llamada sustancia negra, que produce una disminución en la producción de dopamina, un neurotransmisor crucial para el control del movimiento.

Los síntomas característicos de la enfermedad de Parkinson incluyen temblores en reposo, rigidez muscular, bradicinesia (movimientos lentos), y problemas de equilibrio y coordinación. A medida que la enfermedad progresa, los pacientes pueden experimentar dificultades en actividades diarias como caminar, hablar y realizar tareas simples.

Aunque la causa exacta de la enfermedad de Parkinson no se comprende completamente, se cree que una combinación de factores genéticos y ambientales

desempeña un papel importante en su desarrollo. No existe una cura definitiva para la enfermedad de Parkinson, pero existen tratamientos que pueden ayudar a aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Estos tratamientos incluyen medicamentos que aumentan los niveles de dopamina en el cerebro, terapia física y ocupacional, y en algunos casos, cirugía de estimulación cerebral profunda.

La enfermedad de Parkinson puede tener un impacto significativo en la vida de los pacientes y sus cuidadores. La investigación continúa en busca de mejores tratamientos y una comprensión más profunda de esta enfermedad debilitante. La conciencia pública y el apoyo a la investigación son fundamentales para avanzar en la lucha contra la enfermedad de Parkinson.

2 Objetivos

Explicar las funciones que tiene el fisioterapeuta en relación con el enfermo de Parkinson.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 fisioterapeuta desempeña un papel esencial en el manejo de la enfermedad de Parkinson, un trastorno neurológico que afecta el sistema motor y conlleva una serie de desafíos físicos para los pacientes. Su enfoque se centra en mejorar la movilidad, la función y la calidad de vida de las personas afectadas por esta enfermedad. A continuación, se describen las funciones clave del fisioterapeuta en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson:

Evaluación y diagnóstico: El fisioterapeuta realiza una evaluación exhaustiva de la condición física del paciente, incluyendo la evaluación de la postura, la marcha,

la fuerza muscular y la amplitud de movimiento. Esta evaluación ayuda a determinar el grado de afectación y a diseñar un plan de tratamiento personalizado.

Planificación de ejercicios: El fisioterapeuta desarrolla un programa de ejercicios específico para cada paciente, que se adapta a sus necesidades y capacidades. Estos ejercicios pueden incluir ejercicios de estiramiento, fortalecimiento muscular, equilibrio y coordinación.

Entrenamiento en movilidad: Los fisioterapeutas trabajan en mejorar la capacidad de movimiento de los pacientes, lo que incluye ayudarles a mantener una marcha más segura y mejorar la postura. Pueden enseñar técnicas para evitar caídas y mejorar la movilidad en situaciones cotidianas.

Estimulación y control de los síntomas motores: Los fisioterapeutas pueden utilizar técnicas de estimulación sensorial y ejercicios de amplitud de movimiento para reducir la rigidez muscular y los temblores asociados con la enfermedad de Parkinson.

Educación del paciente y cuidador: Los fisioterapeutas desempeñan un papel crucial al educar a los pacientes y a sus cuidadores sobre la enfermedad, sus síntomas y cómo llevar a cabo ejercicios y técnicas en casa. Esto empodera a los pacientes y sus familias para que participen activamente en su tratamiento.

Adaptación del entorno: El fisioterapeuta puede proporcionar recomendaciones sobre cómo adaptar el entorno del paciente para facilitar la movilidad y la seguridad, como la disposición de muebles o la instalación de barras de apoyo.

Trabajo en equipo: Los fisioterapeutas a menudo colaboran estrechamente con otros profesionales de la salud, como neurólogos, terapeutas ocupacionales y logopedas, para brindar un enfoque integral y coordinado en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson.

El fisioterapeuta desempeña un papel fundamental en el manejo de la enfermedad de Parkinson, trabajando para mejorar la movilidad, reducir los síntomas motores y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Su enfoque integral y personalizado contribuye significativamente al bienestar de quienes viven con esta enfermedad neurodegenerativa.

5 Discusión-Conclusión

Para un paciente con enfermedad de Parkinson, el fisioterapeuta recomienda un enfoque integral para mejorar la calidad de vida y la funcionalidad. Aquí hay algunas recomendaciones clave:

Ejercicio regular: Mantenerse activo es fundamental. Se recomiendan ejercicios de estiramiento, fortalecimiento muscular y equilibrio. La actividad física puede ayudar a reducir la rigidez y mejorar la movilidad.

Cumplimiento con la terapia: Es importante seguir el plan de ejercicios y las recomendaciones del fisioterapeuta de manera consistente para obtener los mejores resultados.

Práctica de técnicas de movimiento: Aprender técnicas para caminar, moverse y cambiar de posición de manera segura puede prevenir caídas y mejorar la independencia.

Educación: Comprender la enfermedad y sus síntomas es esencial. El fisioterapeuta proporcionará información y consejos sobre cómo adaptar el entorno para mayor seguridad.

Comunicación: Mantener una comunicación abierta con el fisioterapeuta y otros profesionales de la salud para ajustar el plan de tratamiento según sea necesario es clave para una atención efectiva y personalizada.

6 Bibliografía

Miller, K. J., Suárez-Iglesias, D., Seijo-Martínez, M., & Ayán, C. (2020). Fisioterapia para la congelación de la marcha en la enfermedad de Parkinson: revisión sistemática y metaanálisis. *Rev Neurol*, 70(5), 161-170.

Capítulo 281

EL PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN LAS LESIONES DEL HOMBRO

JORGE RODRÍGUEZ ALCÁZAR

JESUS GARCÍA MORENO

CARMEN MARÍA GARCÍA MARTÍNEZ

JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ

SILVIA VILLAR GOMEZ

1 Introducción

Las lesiones en el hombro son comunes y pueden ser debilitantes, afectando la movilidad y la calidad de vida de una persona. Entre las lesiones más frecuentes se incluyen:

Lesiones del manguito rotador: Estas lesiones afectan los tendones y músculos que estabilizan el hombro. Pueden ser resultado de traumatismos o desgaste con el tiempo. Los síntomas incluyen dolor al levantar el brazo, debilidad y limitación en la amplitud de movimiento.

Luxaciones y subluxaciones: Una luxación ocurre cuando el hueso del brazo se sale de su posición en la cavidad del hombro. Una subluxación es una dislocación parcial. Ambas pueden causar dolor intenso y requieren atención médica inmediata.

Tendinitis: La inflamación de los tendones del hombro es común y a menudo es causada por movimientos repetitivos. Esto puede llevar a dolor y limitación en la movilidad.

Lesiones del labrum: El labrum es un anillo de tejido que rodea la cavidad del hombro. Puede dañarse debido a lesiones agudas o movimientos repetitivos. Esto puede provocar dolor y una sensación de inestabilidad en el hombro.

Bursitis: La bursa es una bolsa de líquido que amortigua el roce entre los huesos, tendones y músculos en el hombro. La inflamación de la bursa, conocida como bursitis, puede causar dolor y limitación de movimiento.

El tratamiento de las lesiones en el hombro varía según la gravedad y el tipo de lesión, pero puede incluir fisioterapia para fortalecer los músculos circundantes, medicamentos para el dolor, y en casos graves, cirugía para reparar tejidos dañados. Es importante buscar atención médica si experimentas dolor persistente en el hombro o si tienes dificultades para moverlo, ya que un diagnóstico y tratamiento tempranos pueden prevenir complicaciones a largo plazo.

2 Objetivos

- Explicar las funciones que tiene el fisioterapeuta dentro del ámbito hospitalario para un mayor conocimiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 fundamental en la evaluación, tratamiento y recuperación de las lesiones del hombro. Su objetivo principal es restaurar la función y reducir el dolor en esta área crucial del cuerpo. Aquí se describen las funciones clave del fisioterapeuta en el manejo de lesiones del hombro:

Evaluación y diagnóstico: El fisioterapeuta comienza por realizar una evaluación exhaustiva de la lesión en el hombro. Esto incluye preguntas sobre la historia clínica del paciente, los síntomas, la amplitud de movimiento y pruebas de fuerza. Esta evaluación ayuda a identificar la causa y la gravedad de la lesión.

Desarrollo de un plan de tratamiento personalizado: Basándose en la evaluación, el fisioterapeuta diseña un plan de tratamiento específico para la lesión del hombro de cada paciente. Este plan puede incluir ejercicios terapéuticos, técnicas de movilización articular, terapia manual y modalidades físicas como el calor o el frío.

Ejercicios terapéuticos: El fisioterapeuta enseña ejercicios diseñados para fortalecer los músculos alrededor del hombro y mejorar la estabilidad. Estos ejercicios ayudan a prevenir futuras lesiones y a recuperar la fuerza y la funcionalidad.

Técnicas de movilización: En algunos casos, el fisioterapeuta puede utilizar técnicas de movilización articular para mejorar la amplitud de movimiento del hombro. Esto es especialmente importante en lesiones que causan rigidez.

Educación del paciente: El fisioterapeuta educa al paciente sobre la lesión, sus factores desencadenantes y cómo prevenirla en el futuro. También proporciona pautas sobre la postura correcta y las actividades a evitar durante la recuperación.

Seguimiento y ajuste del tratamiento: A medida que el paciente progresa, el fisioterapeuta realiza ajustes en el plan de tratamiento según sea necesario. Esto garantiza que la terapia se adapte al ritmo de recuperación individual.

Prevención de recaídas: El fisioterapeuta trabaja en fortalecer el hombro y mejorar la técnica de movimiento, lo que ayuda a prevenir futuras lesiones o recaídas.

Colaboración con otros profesionales: En casos más complejos, el fisioterapeuta trabaja en estrecha colaboración con cirujanos ortopédicos u otros especialistas médicos para garantizar una atención integral.

El fisioterapeuta desempeña un papel esencial en el tratamiento de las lesiones del hombro, ayudando a los pacientes a recuperar la funcionalidad y a aliviar el dolor. Su enfoque personalizado y su experiencia en terapia física son fundamentales para la recuperación exitosa de estas lesiones.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal del fisioterapeuta para las lesiones del hombro es la adherencia al plan de tratamiento y ejercicios prescritos. Es esencial seguir las indicaciones del fisioterapeuta de manera consistente para una recuperación efectiva. Esto implica realizar los ejercicios terapéuticos de fortalecimiento y estiramiento de manera regular, asistir a las sesiones programadas y comunicar cualquier cambio en los síntomas.

Además, es importante evitar actividades o movimientos que puedan agravar la lesión y mantener una buena postura durante las actividades diarias. La educación proporcionada por el fisioterapeuta sobre la prevención de futuras lesiones y la ergonomía en el trabajo y en casa también debe ser seguida.

La colaboración activa con el fisioterapeuta y el compromiso con el proceso de recuperación son esenciales para lograr una restauración completa de la función del hombro y minimizar el riesgo de recaídas.

6 Bibliografía

1. Martinez, G., & Gil, J. L. M. (2006). Lesiones en el hombro y fisioterapia. Arán Ediciones.

Capítulo 282

EL PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN ATENCIÓN PRIMARIA

JORGE RODRÍGUEZ ALCÁZAR

JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ

SILVIA VILLAR GOMEZ

CARMEN MARÍA GARCÍA MARTÍNEZ

JESUS GARCÍA MORENO

1 Introducción

La fisioterapia en atención primaria es un componente valioso de la atención médica que se enfoca en la prevención, evaluación y tratamiento de problemas de salud física y funcional en su etapa inicial. Aquí se destacan algunas de las funciones y beneficios de la fisioterapia en atención primaria:

Prevención y promoción de la salud: Los fisioterapeutas en atención primaria trabajan en la educación y promoción de la salud, ofreciendo consejos sobre actividad física, ergonomía y prevención de lesiones, lo que ayuda a reducir la carga de enfermedades y problemas musculoesqueléticos.

Evaluación temprana: Los fisioterapeutas son expertos en la evaluación de la función física. Pueden identificar problemas en una etapa temprana, lo que permite abordarlos antes de que se conviertan en afecciones más graves o crónicas.

Tratamiento de afecciones comunes: La fisioterapia en atención primaria puede tratar una amplia gama de afecciones, como dolor de espalda, lesiones deportivas, problemas posturales y afecciones musculoesqueléticas leves a moderadas.

Rehabilitación después de cirugía o lesiones: Los fisioterapeutas en atención primaria ayudan en la recuperación después de cirugías ortopédicas o traumatismos, mejorando la movilidad y la función.

Manejo de enfermedades crónicas: En colaboración con otros profesionales de la salud, los fisioterapeutas pueden ayudar a pacientes con enfermedades crónicas, como artritis o diabetes, a mantener su funcionalidad y calidad de vida.

Derivación a especialistas: Cuando se identifican problemas más complejos o afecciones graves, los fisioterapeutas en atención primaria pueden derivar a los pacientes a especialistas médicos adecuados para una atención más avanzada.

La fisioterapia desempeña un papel esencial en la atención primaria al abordar una amplia gama de problemas de salud física y funcional, desde la prevención hasta la rehabilitación. Su enfoque en la evaluación temprana y el tratamiento personalizado contribuye a una atención integral y a la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

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 la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 en atención primaria desempeña un papel fundamental en la promoción de la salud, la prevención de lesiones y enfermedades, y el tratamiento

de problemas físicos y funcionales en las primeras etapas de su desarrollo. Aquí se describen las funciones clave de un fisioterapeuta en atención primaria:

Evaluación y diagnóstico: El fisioterapeuta realiza evaluaciones exhaustivas para identificar problemas físicos y funcionales. Esto incluye la evaluación de la movilidad, fuerza muscular, amplitud de movimiento y postura. A través de esta evaluación, pueden identificar afecciones musculoesqueléticas y establecer diagnósticos precisos.

Prevención y promoción de la salud: Los fisioterapeutas proporcionan educación sobre la prevención de lesiones y enfermedades, incluyendo consejos sobre ergonomía, ejercicio y hábitos de vida saludables. Trabajan en colaboración con pacientes para prevenir problemas antes de que se desarrollen.

Tratamiento temprano: Cuando se detectan problemas físicos o funcionales, los fisioterapeutas intervienen tempranamente con tratamientos personalizados. Esto puede incluir ejercicios terapéuticos, técnicas de movilización, terapia manual y modalidades físicas como calor o frío.

Rehabilitación y recuperación: Los fisioterapeutas en atención primaria desempeñan un papel clave en la rehabilitación después de cirugías, traumatismos o lesiones. Ayudan a los pacientes a recuperar la movilidad y la función normal.

Manejo de enfermedades crónicas: Colaboran con pacientes que tienen enfermedades crónicas, como artritis, diabetes o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), para mantener o mejorar su calidad de vida. Esto puede incluir ejercicios específicos y técnicas de manejo del dolor.

Derivación a especialistas: Cuando se identifican problemas más complejos o se requiere atención especializada, los fisioterapeutas en atención primaria derivan a los pacientes a especialistas médicos adecuados. Esto asegura una atención integral y oportuna.

Seguimiento y educación continua: Los fisioterapeutas siguen el progreso de los pacientes a lo largo del tiempo y ajustan los planes de tratamiento según sea necesario. También brindan educación continua para empoderar a los pacientes en el cuidado de su salud.

Trabajo en equipo interdisciplinario: Colaboran estrechamente con otros profesionales de la salud, como médicos de familia, enfermeras, terapeutas ocupacionales y especialistas, para brindar una atención integral y coordinada.

El fisioterapeuta en atención primaria desempeña un papel integral en la prevención, evaluación y tratamiento de problemas físicos y funcionales. Su enfoque en la detección temprana y el tratamiento personalizado contribuye significativamente a la mejora de la salud y la calidad de vida de los pacientes en la comunidad.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación clave del fisioterapeuta en atención primaria es la importancia de la prevención y el autocuidado. Los pacientes deben mantener una actividad física regular, practicar una buena postura y ergonomía en el trabajo y en casa, y seguir una dieta equilibrada. También es crucial escuchar a su cuerpo y buscar atención temprana ante cualquier dolor o molestia.

Además, la educación del paciente sobre el autocuidado es esencial. Los pacientes deben comprender la importancia de seguir las pautas proporcionadas, realizar ejercicios recomendados y participar activamente en su proceso de recuperación. La comunicación abierta y continua con el fisioterapeuta es fundamental para asegurar un tratamiento efectivo y una prevención a largo plazo de problemas de salud física y funcional.

6 Bibliografía

1. López, M. L. F., & Carballada, M. F. (2015). La fisioterapia en el marco de la atención primaria. *Habilidades e terapéutica*, 21, 49-51.

Capítulo 283

ROL DEL FISIOTERAPEUTA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (UCIN)

JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS FERNÁNDEZ

ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO PORTUGUÉS

DIEGO MEDINA CRESPO

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente 15 millones de bebés nacen prematuramente cada año, entre el 8% y el 10% de ellos en los países industrializados.

Los factores prenatales, combinados con los factores de riesgo de parto prematuro, aumentan el riesgo de muerte, que se estima en un millón de bebés que mueren en el primer año de vida. Los que sobreviven, aproximadamente el 50%, tienen diversidad funcional del desarrollo, como deficiencias motoras, cognitivas y conductuales. Más específicamente, pueden experimentar dificultades para alimentarse, infecciones, ictericia, apnea del prematuro y retinopatía del prematuro. Además, algunos de ellos no se limitan sólo al período perinatal, sino que pueden extenderse a lo largo de la vida generando gran discapacidad e impacto en el bienestar de los bebés.

Para evitar al máximo estas complicaciones y asegurar el desarrollo extrauterino durante las últimas semanas del embarazo, contamos con la Unidad de Cuidados

Intensivos Neonatales del Hospital (UCIN). Los bebés prematuros permanecen en esta unidad hasta el momento del alta hospitalaria, completando así su desarrollo. Estas unidades aumentan la tasa de supervivencia, sin embargo, los bebés están expuestos a factores estresantes y a procedimientos incómodos y dolorosos, que conducen a cambios estructurales y funcionales en áreas específicas del encéfalo. Todo ello podría tener efectos negativos sobre el correcto crecimiento y desarrollo.

Hasta hace relativamente poco tiempo la fisioterapia, dentro de la UCIN, se centraba principalmente en el manejo y cuidado postural de los bebés, así como ejercicios a nivel del sistema respiratorio para eliminar secreciones.

Sin embargo, gracias a la implementación de los “cuidados del desarrollo”, el papel del fisioterapeuta ha ido ganando peso en la promoción del desarrollo sensoriomotor, de ahí la importancia de la intervención temprana por parte del fisioterapeuta para minimizar las consecuencias de los factores de riesgo.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer las competencias del fisioterapeuta en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

Objetivo secundario:

- Determinar si las funciones del fisioterapeuta en la UCIN pueden facilitar un desarrollo más favorable del bebé prematuro.

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 prematuros, o hubiesen ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

En todas las bases de datos, la combinación de palabras clave comprendía los términos de: “NICU”, “neonate” “physiotherapy” y “physicaltherapy” utilizando los operadores booleanos “OR” y “AND”.

4 Resultados

Los hallazgos de la revisión sistemática sugieren que la intervención de control postural realizado por un terapeuta tiene un efecto a corto plazo sobre el desarrollo motor. Sin embargo, los beneficios no se observaron cuando la intervención solo incluía unas pocas visitas a la UCIN. Además, la mayor parte de la intervención de fisioterapia tiende a realizarse después del alta.

La intervención de fisioterapia también mostró un efecto positivo sobre los resultados conductuales a corto plazo, pero no hubo evidencia concluyente sobre el desarrollo motor y cognitivo.

Durante el período de estancia en la UCIN, los principales factores a tener en cuenta para determinar una correcta evolución del bebé son: la duración de la estancia hospitalaria, el tiempo de transición de la alimentación por sonda a la alimentación independiente, habilidades de succión, habilidades de alimentación oral, función motora y crecimiento. Por otro lado, algunos de los estudios consideraron evaluar la influencia en las habilidades para amamantar, el estado de alerta de los bebés sus constantes fisiológicas.

Esto puede deberse a que los estudios incluidos en esta investigación provienen de diferentes países. Esto hace que los resultados sean bastante generalizables. Sin embargo, reflejan la heterogeneidad de la implementación que podría llevarse a cabo en la UCIN.

- FUNCIONES DEL FISIOTERAPEUTA EN UCIN:

1. ESTIMULACIÓN TÁCTIL

El feto durante el período prenatal recibe numerosas experiencias sensoriales mientras está en contacto con el líquido amniótico. Durante la estancia en la UCIN, los bebés prematuros se ven privados de estímulo táctil constante del líquido amniótico y también son expuesto a estímulos táctiles variables.

Se ha observado que algunos procedimientos invasivos ocasionan efectos adversos, como hipoxia, bradicardia, alteraciones del sueño, aumento de la presión intracraneal o agitación. Por lo tanto, una estimulación táctil mínima y suave

por parte del fisioterapeuta, antes y después del abordaje médico, puede reducir dichos efectos adversos.

2. MASAJE INFANTIL

La terapia de masaje infantil implica toques, caricias o frotar al bebé con la mano usando movimientos con una presión ligera/moderada. Se realiza colocando una mano sobre la parte posterior de la cabeza del bebé y la otra sobre la espalda baja, extendiéndose hasta la pelvis, durante 10-20 minutos.

Se ha observado que al aplicar esta técnica no existen efectos adversos sobre la frecuencia cardíaca media o la saturación de oxígeno; sin embargo, tal contacto resultó en un aumento de la regulación del patrón respiratorio, mejora de los ciclos de sueño y en una mejor regulación de la actividad motora.

Una revisión sistemática sobre el masaje informó sobre una mejora en la ganancia de peso, mejora de los estados fisiológicos y de comportamiento, disminución de las conductas estresantes, mejor alivio del dolor, reducción de complicaciones posnatales y estancias hospitalarias más cortas, sin embargo, dicha revisión carece de pruebas sólidas.

3. MANEJO DEL DOLOR

Los ciclos de sueño y los estados de vigilia/alerta del recién nacido son esenciales para obtener resultados óptimos del desarrollo neurológico. El procedimiento médico y de enfermería en los recién nacidos prematuros podría ocasionar dolor y una alteración del ciclo sueño-vigilia, favoreciendo resultados adversos en el desarrollo neurológico. De ahí la necesidad de aliviar el dolor.

Una revisión que incluyó 51 ensayos controlados aleatorizados obtuvo pruebas suficientes para recomendar el método “canguro” y la succión no nutritiva para reducir tanto la reactividad al dolor. También se recurrió a técnicas de estimulación multisensorial (estímulos táctiles, vestibulares, gustativos, olfativos, auditivos).

4. ESTIMULACIÓN CINESTÉSICA/PROPIOCEPTIVA

Una revisión sistemática coincide en que existe cierta evidencia de que los programas de actividad física podrían promover el aumento de peso a corto plazo y la mineralización de los huesos en bebés prematuros, pero carecen de evidencia de acerca de los efectos a largo plazo.

Posicionamiento del lactante: los bebés prematuros presentan hipotonía, que provoca dificultad en el uso de las extremidades en la línea media. Durante la

estancia en la UCIN, estos bebés deben colocarse en decúbito supino durante períodos de sueño; también en posición boca abajo por un breve período cuando el bebé está en alerta y despierto.

Los bebés colocados de forma puntual en decúbito prono pueden ir logrando hitos motores mucho antes que los bebés colocados en posición supina. Poner a los bebés en decúbito prono también puede prevenir la deformación posicional, como plagiocefalia o braquicefalia, que pueden ocasionar en el futuro dificultades en el desarrollo neurológico, o un retraso transitorio en el desarrollo motor en niños sanos y prematuros de bajo riesgo.

Los lactantes colocados en decúbito supino, decúbito prono y decúbito lateral responden con más actividades espontáneas de la línea media y posturas de flexión antigravitatorias, similares a las de los bebés nacidos a término.

Se descubrió que la intervención motora realizada por los padres, una vez explicadas las pautas de abordaje, puede mejorar los resultados motores y cognitivos en bebés nacidos prematuros.

5. ESTIMULACIÓN OLFATO/GUSTATIVA

Una de las funciones del fisioterapeuta es mejorar el control motor oral del bebé. El bebé prematuro tiene un control motor oral deficiente relacionado, en parte, con un tono muscular más débil alrededor de la boca, menos sensibilidad y menos fuerza de la lengua en comparación con el bebé nacido a término. Un déficit en este nivel puede aumentar la duración de la estancia hospitalaria, ya que el gasto energético que implica no poder alimentarse adecuadamente provoca un retraso en el desarrollo motor. Por esta razón, lograr una función motora oral eficiente debe ser una prioridad.

La estimulación sensorial-motora oral se describe como caricias o presión sobre las estructuras peri e intraorales: mejillas, labios, mandíbula, lengua, paladar y encías, así como la succión no nutritiva de un chupete. En los últimos años, se han desarrollado programas motores orales específicos para aumentar la fuerza funcional y el control motor en el patrón de succión.

Los resultados de los estudios revisados muestran que la intervención de estimulación sensoriomotora oral es efectiva en bebés prematuros en la UCIN. Esta intervención puede tener beneficios en términos de reducción de la estancia hospitalaria y en el número de días para alcanzar la alimentación oral completa.

Sin embargo, la metodología de implementación es muy heterogénea. Esto

impide que se conozca el mejor método de intervención de estimulación. Aun así, aquellos estudios que utilizaron la “Intervención Oromotora del Niño Prematuro” (PIOMI), demuestran una mejora significativa en la función motora respecto al resto de estudios. Esto nos lleva a creer que PIOMI puede ser la mejor intervención para mejorar la función motora en bebés prematuros.

Succión nutritiva/Lactancia Materna: La lactancia materna implica una succión activa del pecho de la madre por parte del bebé. La leche humana es la nutrición exclusiva preferida para mejorar el aumento de peso, el estado inmunológico y cognitivo del lactante. La lactancia materna permite la participación de la madre en la alimentación con confianza; facilita la interacción madre-hijo, y el vínculo de apego, que son fundamentales para el desarrollo socioemocional del infante.

Los resultados de una revisión sistemática indican que la duración óptima para la lactancia materna exclusiva debe ser de al menos seis meses y las duraciones prolongadas de la lactancia materna no tienen ningún efecto. Los bebés prematuros amamantados reportan mejores resultados sobre el desarrollo neurológico, a pesar de un aumento de pesosubóptimo.

6. ESTIMULACIÓN SENSORIAL MULTIMODAL

Una de las técnicas más utilizadas es el “Cuidado Madre Canguro” (KMC): incluye contacto piel con piel prolongado e intermitente, facilitando una estimulación cinestésica-propioceptiva y olfativo-gustativa. Sí, además lo combinamos con la lactancia materna, podemos sumar la estimulación oromotora mediante la succión del pezón, y estimulación auditiva por la voz materna y paterna.

El contacto piel con piel mejora la organización neuroconductual y los estados fisiológicos; previene la hipotermia en bebés prematuros, ya que estos bebés de alto riesgo presentan un déficit significativo de termorregulación. Además, mejora la relación entre la madre y el bebé. La interacción, el vínculo y el apego son esenciales para el desarrollo emocional y social.

Esta técnica debería aplicarse durante al menos durante seis meses junto con lactancia materna, si es posible, para obtener todos los beneficios.

5 Discusión-Conclusión

Si bien los resultados de esta revisión sistemática no son concluyentes, existe evidencia adecuada para concluir que la intervención de fisioterapia puede mejorar los resultados de los bebés prematuros cuando esta se inicia durante el período

altamente neuroplástico en la UCIN y se continúa durante los primeros meses de vida.

El éxito de las intervenciones de atención al desarrollo en UCIN va más allá de la estancia hospitalaria, y depende en gran medida de la participación de la madre y la familia del bebé en el programa de intervención. La literatura sobre el desarrollo de las intervenciones de atención temprana reportan en su mayoría efectos positivos en resultados del desarrollo neurológico, fisiológico y de estados conductuales. Dado que los componentes de las intervenciones de atención del desarrollo son factibles, las intervenciones deben llevarse a cabo para ayudar a los bebés prematuros que se enfrentan a las exigencias ambientales en la UCIN y más allá de la estancia hospitalaria.

No obstante, se necesitan estudios futuros para identificar las intervenciones que sean más efectivas para promover el desarrollo neurológico temprano de los bebés prematuros durante la hospitalización en la UCIN o cerca de la edad término.

6 Bibliografía

1. Paula Rodriguez Gonzalez, Veronica Perez-Cabezas, Gema Chamorro-Moriana, Carmen Ruiz Molinero, Ana María Vazquez-Casares, and Gloria Gonzalez-Medina. Effectiveness of Oral Sensory-Motor Stimulation in Premature Infants in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) Systematic Review. *Children* (Basel). 2021 Sep; 8(9): 758.
2. Selvam Ramachandran, Sudip Dutta. Early developmental care interventions of preterm very low birth weight infants. *Indian Pediatr*. 2013 Aug;50(8):765-70.
3. Rita C Silveira , Eliane Wagner Mendes , Rubia Nascimento Fuentefria , Nadia Cristina Valentini , Renato S Procianny . Early intervention program for very low birth weight preterm infants and their parents: a study protocol. *BMC Pediatr*. 2018 Aug 9;18(1):268.
4. Lipner HS, Huron RF. Developmental and Interprofessional Care of the Preterm Infant: Neonatal Intensive Care Unit Through High-Risk Infant Follow-up. *Pediatr Clin North Am*. 2018 Feb;65(1):135-141.
5. Sonia Khurana , Audrey E Kane , Shaaron E Brown, Talicia Tarver , Stacey C Dusing. Effect of neonatal therapy on the motor, cognitive, and behavioral development of infants born preterm: a systematic review. *Dev Med Child Neurol*. 2020 Jun;62(6):684-692.
6. Marilyn Aita, Gwenaëlle De Clifford Faugère, Andréane Lavallée , Nancy Feeley, Robyn Stremmler, Émilie Rioux , Marie-Hélène Proulx. Effectiveness of inter-

ventions on early neurodevelopment of preterm infants: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pediatr.* 2021 Apr 29;21(1):210.

Capítulo 284

CUADROS FEBRILES Y EXANTEMAS EN EDAD INFANTIL

COVADONGA SÁNCHEZ LÓPEZ

1 Introducción

En la actualidad, la fiebre es uno de los principales motivos de consulta en los servicios de urgencias en pediatría. La palabra fiebre procede del término latino *fovere* (calentar) y que se define como la subida de la temperatura corporal como respuesta ante una agresión determinada al organismo. Se ha llegado al consenso internacional para considerarse “fiebre” a la temperatura corporal central superior a 38°C.

Los cuadros febriles, como señala Lifshitz (2017), pueden deberse tanto a enfermedades banales y autolimitadas en el tiempo como a enfermedades de mayor gravedad que pueden llegar a poner en riesgo la vida de adultos y niños.

Pero no todo es negativo. La fiebre tiene un efecto positivo, ya que podemos considerarla como un sistema de alarma que indica que algo no va bien y que nuestro organismo está siendo “atacado” por algún agente. Actúa, así como un indicador a tener en cuenta para diseñar la respuesta terapéutica más adecuada. En la fiebre se presentan tres fases fundamentales, según Meremikwu y Oyo-Ita (2015):

- Primera fase: incremento de la temperatura. Se caracteriza por la presencia de una sensación de disconfort; escalofríos y sensación de frío que se puede acompañar o no de temblores. Las manifestaciones más comunes de la fiebre durante la infancia son: llanto, irritabilidad, decaimiento, letargo, respiración agitada y aumento de la frecuencia cardíaca.

- Segunda fase: estabilización de la temperatura. Se produce al obtener un nuevo nivel en el punto de control del centro termorregulador. Se manifiesta con enrojecimiento facial como consecuencia de la dilatación de los capilares sanguíneos, lo que se acompaña de un considerable aumento de la temperatura corporal. En esta fase, el niño se siente más confortable que en la fase anterior.
- Tercera fase: Tras un periodo variable de una a varias horas comienza a descender la temperatura, iniciándose así la tercera fase en la que aumenta profusamente la sudoración y la producción de orina (lo que facilita la eliminación de toxinas) y, como consecuencia, el niño comienza a encontrarse mejor.

Sociedades científicas como la OMS (Organización Mundial de la Salud) e IDSA (Infectious Disease Society of America), establecen una clasificación de la fiebre según su intensidad diferenciando así:

- Febrícula: 37 a 38°C.
- Fiebre: 38 a 41°C.
- Hiperpirexia: > 41°C.

El cuadro febril se clasifica según su duración en el tiempo en: agudo (más de una semana de duración; relacionado con fiebre de origen vírico), subagudo (entre una y tres semanas de duración; vinculada con infecciones bacterianas) y crónico (más de tres semanas de duración y relacionada con cualquiera de los dos patrones anteriores cuando no se han resuelto de forma adecuada).

Para realizar una correcta medición de la temperatura corporal de un niño, los lugares anatómicos periféricos son los más utilizados por su fácil acceso, seguridad y comodidad para el infante.

La medición de la temperatura corporal va a depender del lugar, instrumento utilizado, duración de la toma y edad del menor. Las vías de medición más utilizadas son la rectal, axilar, bucal, y ótica. La temperatura axilar tiene el inconveniente de ser poco sensible y, con frecuencia, inexacta e imprecisa. Varios factores influyen en esa imprecisión como pueden ser el enfriamiento de la piel, la sudoración o la evaporación.

Tradicionalmente, para tratar la fiebre se empleaban métodos de enfriamiento corporal externo muy diversos. Entre las medidas básicas para abordar del cuadro febril en un niño destacan: proporcionar al paciente un ambiente fresco y ventilado (favoreciendo así la pérdida de calor por conducción), retirar el exceso de ropa y textiles de cama al menor, así se consigue un descenso del calor por irradiación y evaporación, baños de inmersión en agua tibia con esponja durante aproximadamente veinte minutos respetando siempre el confort del niño (no son recomendables con agua fría, ya que puede tener consecuencias perju-

diciales como: crisis convulsivas, estados de sopor e incluso deterioro cerebral irreversible y muerte).

Los antipiréticos disminuyen la fiebre sin reducir la temperatura corporal normal, actuando sobre los mecanismos de regulación central de la temperatura corporal a diferencia de los métodos físicos. Actualmente hay una gran variedad de fármacos antipiréticos disponibles, aunque hay que tener en cuenta que no todos son aptos para uso pediátrico. Los más utilizados en pediatría son el paracetamol y el ibuprofeno, seguidos del ácido acetilsalicílico (AAS).

El Paracetamol es el antipirético más utilizado y recomendado por los pediatras, ya que ofrece una gran seguridad debido a su dosis terapéutica (10-15 mg/kg/dosis), lo que permite utilizarlo en repetidas ocasiones (entre cuatro y seis veces al día) aunque hay que tener en cuenta también sus efectos tóxicos, el más relevante la hepatotoxicidad.

El Ibuprofeno pertenece al grupo de los AINES Y posee una actividad antipirética superior al paracetamol, teniendo, además, una vida media más larga. También tiene gran actividad antiinflamatoria y analgésica. Su administración es segura en niños de más de seis meses de edad.

El ácido acetilsalicílico (AAS) fue el primer AINE utilizado desde 1890. Tiene una actividad antipirética excelente. El principal inconveniente para su administración es la edad, ya que el uso de AAS en niños menores de 4 años se asocia con el Síndrome de Reye.

El metamizol ha sido utilizado con mucha frecuencia a lo largo de los años para el control de la temperatura en pacientes febriles. Se utiliza fundamentalmente cuando no se ha podido controlar la temperatura con otros antipiréticos. Produce un descenso rápido de la misma, lo que puede ocasionar hipotermia en niños menores de doce meses.

Es importante destacar que la utilización de estos fármacos verse favorecida por el uso de medios físicos, consiguiendo así, un mayor y más rápido control de la fiebre.

2 Objetivos

- Determinar los aspectos más relevantes del cuadro febril infantil, así como los de las enfermedades exantemáticas más frecuentes en pediatría.
- Conocer la manera más adecuada de manejar el cuadro febril en edad infantil.

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. Para completar la información aparte de los artículos, se consultaron diversas guías de referencia y páginas web que aparecen reflejadas en la bibliografía final.

4 Resultados

Se denominan enfermedades exantemáticas a las erupciones cutáneas que aparecen súbitamente, de forma localizada o generalizada, que tienen una distribución variable y cuyo aspecto puede tener diferentes características como máculas, pápulas, vesículas o pústulas.

En la infancia hay multitud de enfermedades que cursan con exantemas. En un importante porcentaje de casos, los exantemas son de etiología infecciosa.

Las enfermedades exantemáticas más frecuentes en edad infantil están producidas por virus comunes y se fueron clasificando por orden correlativo. La primera de ellas alude a la escarlatina, la segunda al sarampión y la tercera a la rubéola, mientras que la cuarta hace referencia a la toxina epidermiolítica estafilocócica. El eritema infeccioso es la quinta y el exantema súbito correspondería a la sexta enfermedad exantemática.

Dos de estos exantemas denominados clásicos (el sarampión y la rubéola) se encuentran en proceso de eliminación promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esto es posible ya que el ser humano es su único reservorio y existe una vacuna segura y efectiva capaz de producir una inmunidad duradera. Las campañas de vacunación llevadas a cabo en nuestro país han producido una disminución importante de determinadas enfermedades como el sarampión y la rubéola.

Existen multitud de clasificaciones de los exantemas virales, tal y como señala Casanova y Cruz (2016) La más extendida dentro del ámbito sanitario hace referencia a las características clínicas de los mismos y los divide en dos grupos fundamentales: exantemas maculopapulares y exantemas papulovesiculares.

Exantemas maculopapulares

Sarampión: es una enfermedad con una alta tasa de contagiosidad, producida por un virus que pertenece a la familia Paramyxoviridae y que contiene como

material genético ARN monocatenario.

La vía de entrada de este virus es la mucosa respiratoria y conjuntival por contacto directo y/o por medio de gotitas, bien sean expulsadas del aparato respiratorio de la persona contagiada o por las que se encuentren en suspensión (en el aire) y que pueden penetrar a través de las vías respiratorias superiores.

Se desarrolla en invierno y primavera fundamentalmente. Puede aparecer un exantema patognomónico denominado manchas de Koplik, caracterizado por lesiones puntiformes de color blanquecino que aparecen en la mucosa oral opuesta a los molares inferiores; se inicia en la cara diseminándose, posteriormente, por el tronco y las extremidades. La extensión del exantema está relacionada con la gravedad de la infección.

El tratamiento se basa en paliar los síntomas y en mejorar el confort de niño, mediante el uso de antipiréticos (paracetamol o ibuprofeno), ya que no existe un antiviral específico.

Los pacientes que requiera hospitalización por el sarampión deben permanecer en aislamiento respiratorio durante un periodo de cuatro días desde la aparición del exantema. La mayor parte de los pacientes se recupera sin secuelas y obteniendo una protección inmunitaria de por vida frente a re-infección. La OMS se ha planteado la eliminación del sarampión, debido a que se está consiguiendo cobertura vacunal muy amplia.

Las enfermedades exantemáticas más conocidas según Scarpellini y López (2018) son:

Rubéola: Enfermedad producida por un virus de la familia *Togaviridae*. El contagio se produce por contacto directo, tanto por transmisión respiratoria como vertical. Es una enfermedad benigna, tiene una distribución mundial y es más prevalente al final del invierno y en niños de edad escolar.

Lo más relevante de la rubéola es la infección que transcurre durante la gestación, ya que se puede producir transmisión intrauterina.

Este síndrome puede causar también otros trastornos como autismo, diabetes mellitus o disfunción tiroidea. Debido a las graves consecuencias que puede llegar a producir la rubéola durante el embarazo, la Organización Mundial de la Salud ha llevado a cabo un plan estratégico para prevenir la infección congénita por rubéola, que se basa en establecer la protección de las mujeres en edad fértil. Como ha ocurrido con el sarampión, la vacunación sistemática ha contribuido a disminuir la incidencia de la enfermedad.

Junto con el exantema, el signo más característico de esta enfermedad que puede ayudar al diagnóstico es la presencia de adenopatías generalizadas, principalmente las retroauriculares y occipitales.

Exantema súbito: Denominado también roséola infantil, sexta enfermedad o fiebre de tres días. Esta enfermedad está causada por los virus del herpes humano tipos 6 o 7, que pertenecen a la familia Herpesviridae. Se transmite por contacto directo con pacientes que excretan virus por la vía respiratoria y en más de un 95% tiene lugar en niños de entre 3 meses y 3 años de edad. La mayoría de los casos se producen en primavera y otoño, tiene una evolución benigna, aunque no produce inmunidad permanente.

Una de las características más importantes de la enfermedad es que los niños, a pesar de la fiebre, presentan muy buen estado general. Una vez que desaparece la fiebre, aparece el exantema maculopapuloso, de color rosado, haciéndose evidente en primer lugar en el cuello, tórax y región retroauricular para, posteriormente, extenderse hacia el abdomen y menos frecuentemente a los muslos.

Su manejo es conservador, ya que se trata de una infección con muy buen pronóstico que no requiere ningún tratamiento específico, salvo el uso de antitérmicos como paracetamol.

Megaloeritema o eritema infeccioso: Causado por el virus Erythrovirus, pertenece a la familia Parvoviridae. El megaloeritema afecta principalmente a niños en edad escolar, entre los 6 y 19 años y personas de edad avanzada.

Comienza con síntomas inespecíficos como fiebre, cefalea y/o mialgias. El exantema es de carácter predominantemente eritematoso, por lo que se reconoce también como megaloeritema, que suele ser la primera manifestación de la enfermedad.

Es una enfermedad benigna y sin apenas repercusión clínica. Las complicaciones que pueden aparecer son artritis o artralgias. No existe tratamiento para esta patología, se recomienda evitar la exposición al sol, calor y/o frío debido a que puede acentuar el exantema.

Escarlatina: Al contrario que el resto de enfermedades que se han descrito hasta ahora, la escarlatina es una enfermedad producida por una bacteria denominada *Streptococo pyogenes*.

Normalmente se produce en niños hasta los diez años de edad con máxima incidencia a los cuatro años y es poco frecuente en menores de tres años. Su incidencia aumenta a finales del invierno y en primavera. La transmisión se produce por contagio directo a través de las secreciones del aparato respiratorio. Las guarderías y colegios son lugares frecuentes de aparición de brotes de esta enfermedad. Comienza inicialmente con amigdalitis, fiebre y cefalea.

Se produce un exantema maculopapular característico de color rojo escarlata, de donde deriva su nombre. El exantema puede acentuarse y hacerse más intenso en los pliegues del antebrazo, donde se pueden observar petequias que se disponen

de manera lineal. La lengua se puede observar de un color muy rojo y brillante, que se describe como lengua “aframbuesada”.

La escarlatina es una enfermedad normalmente leve. Al estar producida por una bacteria, su tratamiento es antibiótico, generalmente se utiliza penicilina o derivados y en caso de alergia se utiliza la eritromicina.

Existen otras infecciones víricas que pueden producir un exantema maculopapular pero que no están incluidas dentro de la clasificación de enfermedades exantemáticas clásicas.

Exantemas papulovesiculares

Varicela: Esta enfermedad es producida por el virus varicela-zóster, miembro de la familia Herpesviridae. Este virus está presente en cualquier parte del mundo y su incidencia es mayor en invierno y en primavera. Es una enfermedad altamente contagiosa. Es más frecuente en menores de diez años y en ambientes tropicales. La transmisión de este virus se produce por tres vías distintas. La vía de transmisión más frecuente es el contacto directo con el contenido de las vesículas que aparecen en la piel de la persona enferma. Por otro lado, se puede transmitir por vía respiratoria a través de las gotas expelidas por el paciente o por estar en contacto con objetos contaminados y, por último, por transmisión vertical.

La varicela comienza con pródromos de fiebre, cefalea, malestar general y pérdida de apetito. Transcurridas 24-48 horas aparecen las lesiones cutáneas características. Se hacen evidentes, en primer lugar, las pápulas con eritema que progresan rápidamente a vesículas.

Una de las características más importantes del exantema es la coexistencia de lesiones antiguas en forma de costra y la aparición de nuevas lesiones, haciendo que se vean diferentes estadios de las mismas. Las lesiones son muy pruriginosas y suelen hacer acto de presencia en primer lugar en el cuero cabelludo, la cara y el tronco para después extenderse a las extremidades. El exantema con aparición de nuevas lesiones y la fiebre pueden durar hasta siete días. Se considera que los pacientes no dejan de ser contagiosos hasta que todas las lesiones se hayan secado y haya aparecido la costra.

El tratamiento es meramente sintomático. Las complicaciones más frecuentes están relacionadas con la sobreinfección bacteriana.

Enfermedad boca-mano-pie: Es típica en niños menores de diez años, principalmente entre uno y cuatro años de edad. Se trata de una enfermedad exantemática muy característica, relacionada con la infección por diferentes enterovirus.

Aparece en la mayoría de los casos en verano y en otoño. Se transmite por vía fecal-oral o por contacto directo con el líquido de las ampollas.

El exantema característico consiste en la aparición de pequeñas úlceras en la mu-

cosa oral seguido de erupción de vesículas de forma ovalada con un halo eritematoso en manos y pies. Puede aparecer una erupción maculopapular eritematosa y extenderse a glúteos y muslos. La erupción se resuelve en aproximadamente una semana y tiene buen pronóstico.

5 Discusión-Conclusión

La fiebre debe de considerarse como una respuesta llevada a cabo por nuestro organismo de manera natural, por lo que no constituye una amenaza en sí misma. Los efectos secundarios del síndrome febril son muy poco frecuentes y raros. Tras la lectura de numerosos artículos, se llega a la conclusión de que el único beneficio que se obtiene del tratamiento de la fiebre es mejorar el confort del niño.

Una vez instaurado el diagnóstico etiológico de la fiebre, el personal sanitario es el responsable en decidir si es preciso y favorable tratar la fiebre. Con cada paciente se debe de realizar una valoración individual.

El diagnóstico del síndrome febril se realiza mediante termometría clínica. El método más fiable actualmente es la termometría timpánica, la cual mide la temperatura en unos segundos y es muy fiable.

En la actualidad, el antipirético más utilizado y el de primera elección es el paracetamol, debido a la gran seguridad y eficacia que aporta. En segundo puesto, el antitérmico más empleado es el ibuprofeno, ya que también proporciona gran seguridad con escasos efectos secundarios y aporta una acción antipirética duradera. La utilización de otros antipiréticos como el nolotil o el ácido acetil salicílico no son recomendables.

Desde el año 1978 donde se inició la vacunación sistémica con la vacuna triple vírica, la cobertura de vacunación ha ido incrementándose a lo largo de los años. El calendario vacunal infantil incluye el programa de vacunación sistémica de la vacuna denominada triple vírica frente al sarampión, rubeola y parotiditis, donde la primera dosis se administra al año de edad y la segunda dosis entre los tres y cuatro años de edad.

6 Bibliografía

1. Lifshitz A. Fiebre y otras formas de elevación térmica. Revista de Investigación Clínica. 2017; 59 (2): 130-8.
2. Meremikwu M, Oyo-Ita A. Physical methods for treating fever in children. Cochrane Database Sys Rev 2015, Issue 2. Art. No: CD004264.

3. Casanova Bellido M, Cruz Hernández M. Diagnóstico diferencial de las enfermedades exantemáticas. En: Cruz M, ed. Tratado de Pediatría. 9ª edición. Madrid: Ergon; 2016. p. 435-40.
4. Scarpellini A, López López A. Enfermedades exantemáticas. En: Pautas diagnósticas y terapéuticas en Pediatría. Madrid: A.Nogales y M.Marín; 2018.p.393-401.

Capítulo 285

INTERVENCIÓN DE FISIOTERAPIA Y SUS EFECTOS EN PACIENTES CON LINFEDEMA TRAS HABER SUFRIDO CÁNCER DE MAMA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

ADRIÁN AGUILERA ACEDO

MONTSERRAT MARTÍNEZ GARCÍA

SANDRA DONDARZA MARTIN

NADIA AGUILAR SOTOS

ANDREA CHOCANO LEAL

1 Introducción

El cáncer de mama femenino ha superado al cáncer de pulmón como el cáncer más comúnmente diagnosticado, con una estimación en torno a 2,3 millones de nuevos casos. Las tasas de incidencia para dicho cáncer superan con creces las de otros cánceres tanto en países desarrollados como en países en transición. (1)

El Linfedema asociado al cáncer de mama (BCRL, por sus siglas en inglés Breast Cancer Related Lymphedema) es una secuela consecuencia del tratamiento del

cáncer mamario que afecta en torno al 20% de los pacientes que han recibido tratamiento para cáncer de mama. (2)

Hasta hace algunos años la comunidad médica ha tenido como norma que el desarrollo de dicho linfedema estaba únicamente asociado a la resección de los ganglios linfáticos axilares. No obstante, algunos de los últimos datos apuntan a que la aparición del BCRL tiene una condición multifactorial asociada a las estrategias de tratamiento locoregional y la capacidad del individuo para desarrollar vías linfáticas colaterales tras la intervención. (3)

La importancia del abordaje no quirúrgico desde la fisioterapia en pacientes que padecen BCRL pone de manifiesto la necesidad de construir protocolos de tratamiento adecuados y adaptados a cada paciente. Por eso es importante realizar búsquedas bibliográficas periódicas que puedan aportar nuevos datos de relevancia al tratamiento para el BCRL.

2 Objetivos

Estudiar y analizar a través de una revisión bibliográfica de la literatura científica qué tratamientos de fisioterapia están usándose actualmente para el linfedema asociado al cáncer de mama y su efectividad.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en las diferentes bases de datos (Pubmed, Pedro, y Google académico). En las que se utilizaron las palabras clave "physiotherapy" and "lymphedema" and "breast cancer". Se filtró el tipo de búsqueda en artículos que cumplieren los requisitos de inclusión. Los criterios de inclusión para el estudio eran la búsqueda de bibliografía científica en la cual el estudio analizado contemplase el tratamiento de fisioterapia en pacientes que tuvieran linfedema y hubiesen sido sometidos a tratamiento para cáncer de mama. El filtro de búsqueda se realizó en estudios que no superasen un año de antigüedad.

4 Resultados

El primer artículo analizado "Intensive complex physical therapy combined with intermittent pneumatic compression versus Kinesio taping for treating breast cancer-related lymphedema of the upper limb: A randomised cross-over clinical

trial” donde se compara la efectividad de la fisioterapia compleja (FC) combinada con compresión neumática intermitente (CNI) versus el uso de kiniesiotaping (KT) para el tratamiento del linfedema asociado a cáncer de mama concluye que: la FC más CNI tuvieron más efecto en el cambio de volumen relativo del linfedema y mayor mejora en el rango de movimiento que el KT, pero sin embargo el KT tuvo mejor puntuación en el cuestionario DASH sobre uso de prendas terapéuticas para el linfedema asociado al cáncer de mama y alivió más el dolor ($P = 0,035$) (4).

El siguiente artículo analizado “The effect of the combined use of complex decongestive therapy with electrotherapy modalities for the treatment of breast cancer-related lymphedema: a randomized clinical trial” realiza una evaluación de los efectos de la fisioterapia descongestiva compleja (FDC) junto a la aplicación de ultrasonido y también junto a corrientes farádicas. Para ello se realizaron tres grupos ($n=13$) con un grupo control que solo recibió FDC, otro en el que se combinó TDC y ultrasonido terapéutico y un tercer grupo que recibió FDC más corriente farádica. Como resultados en los ítems evaluados (volumen, circunferencia, intensidad del dolor y discapacidad funcional del miembro superior afecto) obtuvieron disminución del volumen del linfedema, de la discapacidad funcional y del dolor en los tres grupos, siendo mayor en los grupos en los que se combinó FDC más alguna de las modalidades de electroterapia pero sin diferencias significativas entre los tres grupos en las mediciones de la circunferencia del brazo (5).

Otro interesante estudio “Effect of exercise on rehabilitation of breast cancer surgery patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials” concluyó que el ejercicio aeróbico produjo mejoras en los rangos de flexión de hombro y rotación interna, así como la fuerza en flexión y abducción y disminuyó las sensaciones de dolor. También menciona que los ejercicios específicos de codo y hombro mejoran de forma significativa el rango de rotación externa del hombro y pueden reducir la incidencia del linfedema asociado al cáncer de mama y que los ejercicios contra resistencia redujo la disfunción de los miembros superiores (6).

Incluimos también el estudio “The effect of complex decongestive physiotherapy applied with different compression pressures on skin and subcutaneous tissue thickness in individuals with breast cancer-related lymphedema: a double-blinded randomized comparison trial” donde se compararon dos vendajes con diferente presión, baja presión (20-30 mmHg) y alta presión (45-55 mmHg), con-

cluyendo que fue esta segunda más efectiva en la reducción del grosor del tejido subcutáneo en la zona del dorso de la mano siendo además más rápida la reducción del edema no afectando la alta presión a la comodidad y la calidad del sueño (7).

En otro estudio analizamos y estudiamos el artículo “Effect of Neural Tissue Mobilization on Sensory-Motor Impairments in Breast Cancer Survivors with Lymphedema: An Experimental Study” en el que se muestra una comparación interesante entre fisioterapia convencional (FC) y movilización del tejido neural. Con una muestra total de 100 mujeres que superaron cáncer de mama y linfedema, con edades entre 30 y 65 años sometidas a mastectomía más quimioterapia o radioterapia que se sometieron a un protocolo de tratamiento de 6 semanas de duración en el que se evaluaron para la comparación parámetros como el ROM, dolor, linfedema y alteraciones sensoriomotoras al inicio y al final de la intervención dando como resultado una mejora significativa en la puntuación del test de alteraciones sensoriomotoras ($p < 0,0001$) a favor de la movilización del tejido neural y obteniendo mismos resultados en cuanto a ROM y dolor con respecto al grupo de FC, siendo los resultados más significativos en linfedemas leves y moderados que en los considerados graves (8).

En el siguiente estudio “The effect of myofascial release in patients with breast cancer-related lymphedema: a cross-over randomized controlled trial” se compararon dos grupos a los que se les aplicó técnicas de liberación miofascial (TLM) junto con fisioterapia descongestiva compleja (FDC) frente a TLM placebo más FDC. Los resultados concluyeron que hubo una mejora significativa ($P < 0,05$) en el volumen de las miembros superiores, en el dolor y el ROM (excepto en la rotación interna) en el grupo TLM más FDC (9).

Por último en el estudio “Effects of scapulothoracic stabilization exercises on scapular function, posture, and balance in lymphedema after mastectomy: a randomized controlled trial” se compararon los efectos de la fisioterapia descongestiva compleja (FDC) frente a la FDC más ejercicios de estabilización escapulo humeral (EEEH). Se evaluaron la postura general con la escala de postura de Nueva York, la postura torácica con un inclinómetro y el equilibrio mediante Mini-BESTest; además se evaluaron la fuerza de los músculos de la escápula, la resistencia escapular, la discinesia escapular, obteniendo mejoras significativas ($p < 0,05$) en fuerza y resistencia escapular y postura general en el grupo FDC + EEEH frente a solo FDC, concluyendo que la incorporación de estos ejercicios pueden colaborar a la mejora postural y funciones escapulares en pacientes con linfedema de extremidades superiores (10).

5 Discusión-Conclusión

Una vez realizada la búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos de la literatura científica hemos llegado a la conclusión que el tratamiento de fisioterapia más extendido en pacientes que sufren linfedema asociado a cáncer de mama es la fisioterapia descongestiva compleja. No obstante existen otras técnicas de fisioterapia que pueden complementar el tratamiento, ya que en la mayoría de los estudios parece que el beneficio para el paciente es mayor cuando se combinan, lo que nos aporta herramientas que permiten adaptar los tratamientos a las características y necesidades individuales de cada paciente.

Además, en los estudios en los que se incluyen ejercicios de fuerza o resistencia de extremidades superiores, no se observa un empeoramiento del grosor del linfedema, pero sí que aportan incrementos en niveles de fuerza y mejoran la disfunción del miembro afecto y por tanto mejoran la calidad de vida de los pacientes. Por consiguiente es conveniente seguir realizando ensayos clínicos y búsquedas periódicas que nos acerquen a un protocolo de tratamiento más completo y nos permitan abordar aspectos más funcionales para los pacientes.

6 Bibliografía

1. Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 71(3), 209–249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>.
2. Gillespie, T. C., Sayegh, H. E., Brunelle, C. L., Daniell, K. M., & Taghian, A. G. (2018). Breast cancer-related lymphedema: risk factors, precautionary measures, and treatments. *Gland surgery*, 7(4), 379–403. <https://doi.org/10.21037/gs.2017.11.04>.
3. McLaughlin, S. A., Brunelle, C. L., & Taghian, A. (2020). Breast Cancer-Related Lymphedema: Risk Factors, Screening, Management, and the Impact of Locoregional Treatment. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 38(20), 2341–2350. <https://doi.org/10.1200/JCO.19.02896>.
4. Pajero Otero, V., García Delgado, E., Martín Cortijo, C., Rodríguez Ramos, M. L., De Carlos Iriarte, E., Gil García, A., Romay-Barrero, H., & Avendaño-Coy, J. (2022). Intensive complex physical therapy combined with intermittent pneumatic compression versus Kinesio taping for treating breast cancer-related lymphedema of the upper limb: A randomised cross-over clinical trial. *European*

journal of cancer care, 31(5), e13625. <https://doi.org/10.1111/ecc.13625>.

5. Hemmati, M., Rojhani-Shirazi, Z., Zakeri, Z. S., Akrami, M., & Salehi Dehno, N. (2022). The effect of the combined use of complex decongestive therapy with electrotherapy modalities for the treatment of breast cancer-related lymphedema: a randomized clinical trial. *BMC musculoskeletal disorders*, 23(1), 837. <https://doi.org/10.1186/s12891-022-05780-1>.

6. Lin, Y., Chen, Y., Liu, R., & Cao, B. (2023). Effect of exercise on rehabilitation of breast cancer surgery patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Nursing open*, 10(4), 2030–2043. <https://doi.org/10.1002/nop.2.1518>.

7. Duygu-Yildiz, E., Bakar, Y., & Hizal, M. (2023). The effect of complex decongestive physiotherapy applied with different compression pressures on skin and subcutaneous tissue thickness in individuals with breast cancer-related lymphedema: a double-blinded randomized comparison trial. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 31(7), 383. <https://doi.org/10.1007/s00520-023-07843-y>.

8. Joshi, D., Shah, S., Shinde, S. B., & Patil, S. (2023). Effect of Neural Tissue Mobilization on Sensory-Motor Impairments in Breast Cancer Survivors with Lymphedema: An Experimental Study. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*, 24(1), 313–319. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2023.24.1.313>.

9. Kim, Y., Park, E. Y., & Lee, H. (2023). The effect of myofascial release in patients with breast cancer-related lymphedema: a cross-over randomized controlled trial. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 59(1), 85–93. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.22.07698-5>.

10. Pirincci, C. S., Dalyan, M., Delialioglu, S. U., & Celenay, S. T. (2023). Effects of scapulothoracic stabilization exercises on scapular function, posture, and balance in lymphedema after mastectomy: a randomized controlled trial. *Women & health*, 63(4), 251–265. <https://doi.org/10.1080/03630242.2023.2178836>.

Capítulo 286

EL TRABAJO DEL FISIOTERAPEUTA EN PACIENTES QUE HAN SUFRIDO DE PARÁLISIS BRAQUIAL OBSTÉTRICA

RAFAEL BAEZA MONSALVE

SANDRA ARCAS DOMÍNGUEZ

LAURA RODRIGUEZ LOZANO

JOSÉ VICENTE BELLÓN FLORES

GUILLERMO MARTÍNEZ RAMÍREZ

1 Introducción

La parálisis braquial obstétrica (PBO) es una lesión nerviosa que puede ocurrir durante el parto, afectando los nervios que controlan los músculos del brazo y la mano del recién nacido. Esta condición puede tener un impacto significativo en la función y movilidad del brazo afectado, requiriendo intervención médica y rehabilitación especializada. En este contexto, el papel del fisioterapeuta adquiere una importancia crucial para guiar el proceso de recuperación y mejorar la calidad de vida del paciente.

En esta exploración, examinaremos en detalle el trabajo del fisioterapeuta en el tratamiento de pacientes que han experimentado parálisis braquial obstétrica. Desde la evaluación inicial hasta la implementación de estrategias de rehabilitación personalizadas, el fisioterapeuta desempeña un rol fundamental en el proceso de recuperación funcional. A través de ejercicios de fortalecimiento, terapias

manuales y enfoques innovadores como la terapia de espejo, el fisioterapeuta trabaja en conjunto con el paciente y su familia para restaurar la función motora y mejorar la calidad de vida.

La rehabilitación de pacientes con parálisis braquial obstétrica es un proceso desafiante que requiere atención integral y una comprensión profunda de la anatomía y la fisiología involucradas. A lo largo de esta exploración, examinaremos las diversas etapas de tratamiento, los enfoques terapéuticos utilizados y la importancia de la educación continua para empoderar tanto al paciente como a su entorno. En última instancia, la colaboración entre el equipo médico y el fisioterapeuta, junto con la dedicación del paciente, son esenciales para lograr avances significativos en la recuperación de la función del brazo afectado por la parálisis braquial obstétrica.

2 Objetivos

- Identificar la eficacia de los distintos cuidados y atenciones del fisioterapeuta en pacientes que sufren de parálisis braquial obstétrica.
- Observar las modalidades del fisioterapeuta y los pacientes que sufren de parálisis braquial obstétrica.
- Dar a conocer las variables que se evalúan y las herramientas para la medición usadas en los estudios.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión, Se ha consultado las siguientes bases de datos: Medline a través de la plataforma PubMed, en IBECS (BVS), Scielo y PEDro.

Se ha realizado una búsqueda entre mayo de 2023 y septiembre de 2023.

La estrategia de búsqueda en Medline fue: ("Rehabilitation" OR "Physical Therapy Modalities" OR "physiotherapy") AND ("obstetric brachial palsy" OR "obstetric brachial palsy"). Se han mantenido los mismos términos para las demás bases de datos consultadas.

4 Resultados

La parálisis braquial obstétrica (PBO) es una lesión nerviosa que afecta los nervios que controlan los músculos del brazo y la mano, generalmente como resultado de complicaciones durante el parto, como estiramiento excesivo del plexo

braquial (conjunto de nervios en el cuello y hombro). El papel del fisioterapeuta en el tratamiento de pacientes que han sufrido parálisis braquial obstétrica es crucial en la recuperación y rehabilitación del movimiento y la funcionalidad del brazo afectado.

El trabajo del fisioterapeuta en pacientes con parálisis braquial obstétrica puede incluir las siguientes etapas y enfoques:

- Evaluación inicial:

El fisioterapeuta evaluará la gravedad y extensión de la parálisis braquial, así como la función muscular y la amplitud de movimiento del brazo afectado. Esto ayudará a determinar el plan de tratamiento más adecuado para cada paciente.

- Plan de tratamiento personalizado:

Basándose en la evaluación inicial, el fisioterapeuta elaborará un plan de tratamiento individualizado que puede incluir ejercicios de fortalecimiento, ejercicios de estiramiento, técnicas de movilización y otros enfoques terapéuticos.

- Ejercicios de fortalecimiento y estiramiento:

Se prescribirán ejercicios específicos para fortalecer los músculos debilitados y mejorar la función muscular. También se pueden enseñar ejercicios de estiramiento para mantener o mejorar la amplitud de movimiento en las articulaciones afectadas.

- Terapia manual:

El fisioterapeuta puede utilizar técnicas de terapia manual para mejorar la circulación sanguínea, reducir la tensión muscular y mejorar la función nerviosa en el área afectada.

- Estimulación eléctrica:

En algunos casos, se puede utilizar la estimulación eléctrica para activar los músculos debilitados y ayudar en el proceso de rehabilitación.

- Terapia de espejo:

Esta técnica utiliza un espejo para crear la ilusión de movimiento en el brazo afectado, lo que puede ayudar a mejorar la conexión mente-músculo y promover la recuperación funcional.

- Educación del paciente y la familia:

El fisioterapeuta educará al paciente y a su familia sobre la importancia de seguir el plan de tratamiento en casa, realizar los ejercicios recomendados y mantener una actitud positiva hacia la recuperación.

- Seguimiento y ajuste del tratamiento:

A medida que el paciente progresa, el fisioterapeuta ajustará el plan de tratamiento según sea necesario para asegurarse de que se estén logrando los objetivos de rehabilitación.

Es importante destacar que el proceso de rehabilitación en pacientes con parálisis braquial obstétrica puede ser largo y requerir paciencia y persistencia tanto por parte del paciente como del fisioterapeuta. La colaboración entre el equipo médico, el fisioterapeuta, el paciente y su familia es esencial para lograr los mejores resultados posibles en términos de recuperación funcional.

5 Discusión-Conclusión

Tras el análisis de los estudios analizados en esta revisión, se confirma que la fisioterapia desempeña un papel importante en el tratamiento y manejo de pacientes con parálisis braquial obstétrica, siendo fundamental en la recuperación y mejora de la funcionalidad del brazo afectado. A lo largo de este proceso, se ha destacado la importancia de una evaluación precisa al inicio del tratamiento, que sirve como base para diseñar un plan terapéutico personalizado y efectivo.

Los fisioterapeutas trabajan en estrecha colaboración con los pacientes y sus familias, brindando educación y apoyo durante todo el camino de la rehabilitación. Los enfoques de tratamiento, que pueden incluir ejercicios de fortalecimiento, técnicas de terapia manual, estimulación eléctrica y terapia de espejo, están diseñados para mejorar la función muscular, restaurar la amplitud de movimiento y facilitar la conexión mente-músculo.

La recuperación de la parálisis braquial obstétrica es un proceso gradual que requiere paciencia, perseverancia y compromiso tanto por parte del paciente como del fisioterapeuta. A medida que los pacientes avanzan en su rehabilitación, el ajuste y la adaptación del plan de tratamiento son fundamentales para mantener el progreso constante.

En última instancia, el éxito de la rehabilitación depende de la colaboración efectiva entre el equipo médico, el fisioterapeuta y el paciente. La habilidad del fisioterapeuta para proporcionar orientación profesional, aplicar técnicas terapéuticas adecuadas y fomentar un entorno de apoyo puede marcar una diferencia significativa en la calidad de vida de quienes han experimentado parálisis braquial obstétrica.

A través de la dedicación y el esfuerzo conjunto, es posible lograr mejoras sustanciales en la función y movilidad del brazo afectado, permitiendo que los pacientes alcancen su máximo potencial en su proceso de recuperación.

6 Bibliografia

1. Abid, A. (2016). Brachial plexus birth palsy: Management during the first year of life. *Orthopaedics & Traumatology. Surgery & Research*; 2016; 102(1).125-S132.
2. Almeida, M G et al. (2018). Atuação da fisioterapia na lesão obstétrica do plexo braquial do tipo Erb-Duchenne: relato de experiência. In: UNIVERSO ATENEU, 2018, Fortaleza. Anais. Fortaleza: Uniateneu, 2018. p. 315-317.
3. Annika, J; Paul, U; Anna-Lena, L. (2019). Obstetric brachial plexus palsy – A prospective, population-based study of incidence, recovery and long-term residual impairment at 10 to 12 years of age. *European Journal of Paediatric Neurology*, 23(1), 87-93, jan. 2019.
4. BARBOSA, A M; et. al. (2021). Intervenção precoce na paralisia braquial obstétrica: uma revisão. *Brazilian Journal of Development*. Curitiba, 7(8), 83605- 83616 aug. 2021. <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/34896>.
5. Calzavara, J V S; et al. (2021). Paralisia Obstétrica do Plexo Braquial: revisão sistemática da literatura. *REAS/EJCH*. 13(1), 5549.
6. Donato, H; & Donato, M. (2019). Etapas na condução de uma revisão sistemática. *Acta Medica Portuguesa*, 23(3), 2019, p. 227.
7. Galbiatti, J A; Cardoso, F L ; & Galbiatti, M G P. (2020). Paralisia obstétrica: De quem é a culpa? Uma revisão sistemática de literatura. Faculdade de Medicina de Marília, Marília, SP, 2020. <http://rbo.org.br/detalhes/3244/pt-BR/paralisia-obstetrica--de-quem-e-a-culpa--uma-revisao-sistematica-de-literatura>.
8. Garcia, R O; et al. (2017). Fisioterapia na paralisia braquial obstétrica: relato de caso. 37ª Semana Científica do hospital e clínicas de Porto Alegre, 2017. <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/171487/001049635.pdf?sequence=1>.

Capítulo 287

EL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN LAS SECUELAS DE PACIENTES QUE HAN REALIZADO UN PARTO POR CESÁREA

RAFAEL BAEZA MONSALVE

GUILLERMO MARTÍNEZ RAMÍREZ

JOSÉ VICENTE BELLÓN FLORES

LAURA RODRIGUEZ LOZANO

SANDRA ARCAS DOMÍNGUEZ

1 Introducción

La cesárea es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes en obstetricia y ginecología, utilizado para el nacimiento de bebés cuando el parto vaginal presenta riesgos para la madre o el bebé. Aunque esta intervención puede ser necesaria y beneficiosa en muchas situaciones, también puede dejar secuelas físicas que requieren atención y cuidado especial. Las pacientes que se han sometido a una cesárea a menudo experimentan una serie de desafíos, desde la recuperación de la cicatriz quirúrgica hasta la restauración de la función muscular y la comodidad general.

La fisioterapia desempeña un papel crucial en el abordaje de estas secuelas postoperatorias. A través de enfoques terapéuticos personalizados, el fisioterapeuta

trabaja para aliviar el dolor, mejorar la movilidad, fortalecer los músculos debilitados y promover la recuperación integral de la paciente. Desde ejercicios específicos de fortalecimiento hasta técnicas de relajación y movilización de la cicatriz, el tratamiento de fisioterapia se adapta a las necesidades individuales de cada paciente.

En esta exploración, examinaremos detalladamente cómo la fisioterapia aborda las secuelas en pacientes que han pasado por una cesárea. Desde la evaluación inicial hasta la implementación de estrategias terapéuticas efectivas, cada etapa del proceso de tratamiento busca optimizar la calidad de vida de las pacientes y minimizar las posibles complicaciones a largo plazo. Al educar a las pacientes sobre la importancia de la rehabilitación y guiarlas a través de ejercicios específicos, técnicas de relajación y cuidados de la cicatriz, la fisioterapia se convierte en un componente esencial en la recuperación después de la cesárea.

A lo largo de esta exploración, destacaremos la importancia de la colaboración entre el equipo médico y el fisioterapeuta, así como el empoderamiento de las pacientes para tomar un papel activo en su proceso de recuperación. La cesárea puede dejar una huella física y emocional en las mujeres, y la fisioterapia se presenta como una herramienta valiosa para ayudarlas a superar estos desafíos y avanzar hacia una recuperación exitosa y saludable.

2 Objetivos

Los objetivos que se han planteado para la realización de la revisión, son los siguientes.

1. Identificar la eficacia de los distintos tratamientos de fisioterapia en pacientes que han realizado un parto por cesárea.
2. Observar las modalidades de tratamientos que se aplican en fisioterapia para el abordaje de los cuidados en pacientes que se han sometido a cesárea.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión sistemática, hemos consultado las siguientes bases de datos: Medline, Pubmed, IBECs (BVS), SciELO y PEDro. Hemos realizado una búsqueda entre de marzo de 2023 y julio de 2023.

La estrategia de búsqueda fue: ("Rehabilitation" OR "Physical Therapy Modalities" OR "physiotherapy") AND (obstetrics OR gynecology OR cesarean OR "cesarean birth").

Se han seleccionado los artículos científicos que tienen relación con el tema de estudio.

4 Resultados

El tratamiento de fisioterapia en las secuelas de pacientes que han realizado un parto por cesárea juega un papel importante en la recuperación física y funcional de la mujer después de este procedimiento quirúrgico. Aunque la cesárea es una intervención común y segura, puede dar lugar a una serie de problemas postoperatorios y secuelas que afectan la movilidad, la función muscular y la comodidad general de la paciente. La fisioterapia puede desempeñar un rol significativo en el manejo de estas secuelas y en la promoción de una recuperación más rápida y efectiva.

A continuación, se describen algunos aspectos clave del tratamiento de fisioterapia en las secuelas de pacientes que han tenido una cesárea:

1. Evaluación inicial: El fisioterapeuta realiza una evaluación exhaustiva de la paciente para identificar las áreas de preocupación y las secuelas específicas de la cesárea. Esto puede incluir la evaluación de la cicatriz quirúrgica, la movilidad de la columna vertebral, la función muscular del abdomen y la pelvis, y cualquier dolor o molestia relacionados con la cirugía.
2. Educación y prevención: El fisioterapeuta educa a la paciente sobre las precauciones postoperatorias y proporciona consejos para prevenir complicaciones como la formación de adherencias en la cicatriz o la debilidad muscular. También puede instruir a la paciente en técnicas de respiración y ejercicios suaves para promover la circulación y prevenir la rigidez.
3. Ejercicios de fortalecimiento: Se diseñan ejercicios específicos para fortalecer los músculos del abdomen, la pelvis y la espalda baja, que a menudo se debilitan después de una cesárea. Estos ejercicios ayudan a mejorar la estabilidad y la postura, lo que puede aliviar la tensión en la cicatriz quirúrgica y prevenir problemas musculoesqueléticos a largo plazo.
4. Movilización de la cicatriz: El fisioterapeuta puede realizar técnicas de masaje suave y movilización en la cicatriz para prevenir adherencias y mejorar la flexibilidad de los tejidos circundantes. Esto puede reducir la sensación de tirantez y molestias en la zona de la incisión.
5. Terapia manual: En algunos casos, se pueden utilizar técnicas de terapia manual para liberar tensiones y mejorar la movilidad de la columna vertebral, la pelvis y las articulaciones afectadas.
6. Trabajo postural: El fisioterapeuta puede trabajar en la corrección de la postura,

especialmente si la paciente ha desarrollado patrones de compensación debido al dolor o la incomodidad después de la cesárea.

7. Relajación y manejo del dolor: Técnicas de relajación y respiración pueden ayudar a reducir la tensión muscular y a manejar el dolor residual en la zona de la cicatriz.

8. Ejercicios de estiramiento: Los ejercicios de estiramiento suave pueden ayudar a mantener la flexibilidad y prevenir la rigidez en los músculos y tejidos cercanos a la cicatriz.

9. Progresión gradual: El plan de tratamiento se adapta de manera gradual según la respuesta de la paciente. A medida que la recuperación avanza, los ejercicios y las técnicas terapéuticas pueden ser modificados para abordar las necesidades cambiantes.

En resumen, el tratamiento de fisioterapia en las secuelas de pacientes que han tenido una cesárea es personalizado y se centra en mejorar la movilidad, la función muscular y la comodidad de la paciente. La fisioterapia juega un papel fundamental en la promoción de una recuperación completa y en la prevención de complicaciones a largo plazo. Sin embargo, es importante que cualquier paciente consulte con su equipo médico antes de iniciar cualquier programa de fisioterapia después de una cesárea para asegurarse de que estén siguiendo pautas seguras y adecuadas para su situación individual.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el tratamiento de fisioterapia en las secuelas de pacientes que han realizado un parto por cesárea desempeña un rol crucial en la mejora de la calidad de vida y en la restauración de la funcionalidad de estas mujeres. A medida que la cesárea es una cirugía abdominal mayor, es natural que las pacientes experimenten diversas secuelas, como dolor, debilidad muscular y limitaciones en la movilidad. La fisioterapia se erige como una herramienta fundamental para abordar estos desafíos y promover una recuperación efectiva.

Durante esta exploración, hemos destacado cómo los fisioterapeutas trabajan en colaboración con las pacientes para diseñar planes de tratamiento personalizados. Desde la educación inicial sobre los cuidados postoperatorios hasta la implementación de ejercicios de fortalecimiento específicos, el enfoque terapéutico busca aliviar el dolor, mejorar la función muscular y fomentar la flexibilidad. La atención especial en la movilización de la cicatriz quirúrgica y la corrección de patrones de movimiento disfuncionales contribuyen a una recuperación integral. Es evidente que la fisioterapia va más allá de la recuperación física; también

aborda aspectos emocionales y psicológicos al empoderar a las pacientes para que tomen un rol activo en su proceso de rehabilitación. La colaboración entre el equipo médico y el fisioterapeuta es esencial para brindar una atención integral y holística.

La cesárea puede ser una experiencia desafiante para las mujeres, tanto física como emocionalmente. Sin embargo, a través del enfoque cuidadoso y experto de los fisioterapeutas, las pacientes pueden superar las secuelas de la cirugía y avanzar hacia una recuperación exitosa. La fisioterapia proporciona herramientas y estrategias que no solo mejoran la función física, sino que también promueven el bienestar general y la confianza de las pacientes en su capacidad para recuperarse plenamente.

6 Bibliografía

1. Gibson W, Wand BM, Meads C, Catley MJ, O'Connell NE. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for chronic pain-an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 3 de abril de 2019;2019(4).
2. Antoine C, Young BK. Cesarean section one hundred years 1920-2020: the Good, the Bad and the Ugly. *J Perinat Med*. 1 de enero de 2021;49(1):5-16.
3. Kasapoğlu I, Aksoy MK, Demir BÇ, Altan L. The efficacy of transcutaneous electrical nerve stimulation therapy in pain control after cesarean section delivery associated with uterine contractions and abdominal incision. *Turk J Phys Med Rehabil*. Junio de 2020;66(2):169-175.
4. Wasserman JB, Abraham K, Massery M, Chu J, Farrow A, Marcoux BC. Soft Tissue Mobilization Techniques Are Effective in Treating Chronic Pain Following Cesarean Section: A Multicenter Randomized Clinical Trial. *J Womens Health Phys Ther*. septiembre de 2018;42(3):111-119.
5. Suwannalert P, Chanthasenanon A, Pongrojpaew D. Effect of applying cold gel pack on reduction of postoperative pain in cesarean section, low midline skin incision: A randomized controlled trial. *J Obstet Gynaecol Res*. agosto de 2021;47(8):2653-2658.
6. Güney E, Uçar T. Effects of deep tissue massage on pain and comfort after cesarean: A randomized controlled trial. *Complement Ther Clin Pract*. Mayo de 2021;43:101320.
7. Simonelli MC, Doyle LT, Columbia M, Wells PD, Benson KV, Lee CS. Effects of Connective Tissue Massage on Pain in Primiparous Women After Cesarean Birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. septiembre de 2018;47(5):591-601.
8. Iqra Nayyab, Misbah Ghous, Syed Shakil ur Rehman, Irum Yaqoob. The effects

of an exercise program for core muscle strengthening in patients with low back pain after cesarean-section: a single blind randomized controlled trial. J Pak Med Assoc. 9 de febrero de 2021;1- 15.

Capítulo 288

VALORACIÓN DE LA FISIOTERAPIA EN LAS LESIONES DE HOMBRO EN EL DEPORTE Y LAS READAPTACIONES DEPORTIVAS

RAFAEL BAEZA MONSALVE

LAURA RODRIGUEZ LOZANO

SANDRA ARCAS DOMÍNGUEZ

GUILLERMO MARTÍNEZ RAMÍREZ

JOSÉ VICENTE BELLÓN FLORES

1 Introducción

En el ámbito deportivo, las lesiones de hombro son un desafío común que puede afectar tanto a atletas profesionales como a entusiastas del deporte.

La articulación del hombro, dada su complejidad y amplitud de movimiento, es propensa a sufrir lesiones debidas a movimientos repetitivos, desequilibrios musculares y traumatismos. Estas lesiones no solo interrumpen la participación en el deporte, sino que también pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de los deportistas.

La fisioterapia desempeña un papel esencial en el abordaje de las lesiones de hombro deportivas y en las etapas de readaptación para volver de manera segura

y efectiva al deporte. La recuperación no se trata solo de eliminar el dolor, sino de restablecer la función y la fuerza del hombro, mejorar la biomecánica y corregir los desequilibrios musculares que pueden haber contribuido a la lesión.

En este trabajo, exploraremos detalladamente la importancia de la fisioterapia en este contexto. Desde la valoración inicial de la lesión y el diseño de planes de tratamiento personalizados hasta la implementación de estrategias de rehabilitación específicas y el seguimiento en la readaptación deportiva, cada fase es crucial para garantizar una recuperación exitosa.

Además de aliviar los síntomas, la fisioterapia se centra en abordar las causas subyacentes de las lesiones y en brindar a los deportistas las herramientas necesarias para prevenir futuros problemas. Esta colaboración entre el deportista, el fisioterapeuta y, en ocasiones, otros profesionales médicos, se convierte en un enfoque multidisciplinario para lograr una recuperación completa y el retorno exitoso al deporte.

En resumen, la fisioterapia no solo es una solución para tratar las lesiones de hombro en el ámbito deportivo, sino que también desempeña un papel fundamental en la prevención y en la optimización del rendimiento a largo plazo. A través de la combinación de evaluaciones precisas, tratamientos personalizados y una comunicación constante entre el paciente y el fisioterapeuta, es posible superar las lesiones de hombro y lograr un regreso exitoso al deporte que aman.

2 Objetivos

- Identificar la eficacia de los distintos tratamientos de fisioterapia en las lesiones de hombro deportivas y las readaptaciones deportivas.
- Observar las modalidades de tratamientos que se aplican en fisioterapia para el abordaje de las lesiones de hombro deportivas y las readaptaciones deportivas.
- Conocer las variables que se evalúan y las herramientas para la medición usadas en los estudios.

3 Metodología

- Fuentes documentales consultadas

Para llevar a cabo esta revisión, se ha consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma PubMed, en IBECS (BVS), Scielo y PEDro.

Se ha realizado una búsqueda entre junio de 2023 y septiembre de 2023.

- Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: ("Rehabilitation" OR "Physical Therapy Modalities" OR "physiotherapy") AND ("sports shoulder injuries" OR "sports rehabilitation").

4 Resultados

La valoración de la fisioterapia en las lesiones de hombro deportivas y las readaptaciones deportivas desempeña un papel crucial en el proceso de recuperación y retorno seguro a la actividad física. El hombro es una articulación altamente móvil, pero también susceptible a lesiones, especialmente en atletas y deportistas que realizan movimientos repetitivos y exigentes. La fisioterapia juega un rol integral en la evaluación, tratamiento y seguimiento de estas lesiones, así como en la readaptación deportiva que permite al deportista regresar a su nivel de rendimiento anterior.

En este contexto, es importante destacar varios aspectos fundamentales:

- **Valoración Inicial:**

El fisioterapeuta realiza una evaluación completa para determinar la naturaleza y gravedad de la lesión de hombro. Esto incluye una historia detallada de la lesión, un análisis de los movimientos y patrones deportivos involucrados, y una evaluación física para identificar debilidades musculares, restricciones de movimiento y otros factores que puedan contribuir a la lesión.

- **Diagnóstico y Plan de Tratamiento:**

En función de la evaluación, el fisioterapeuta establece un diagnóstico y un plan de tratamiento personalizado. Esto puede incluir técnicas de terapia manual, ejercicios de fortalecimiento específicos, modalidades de fisioterapia como la terapia por ultrasonido o la electroestimulación, y estrategias para reducir el dolor e inflamación.

- **Rehabilitación y Readaptación:**

La fisioterapia se enfoca en restaurar la función normal del hombro, mejorar la estabilidad y la fuerza muscular, y corregir los patrones de movimiento disfuncionales. A medida que el paciente progresa, se incorporan ejercicios de carga progresiva y movimientos deportivos específicos para prepararlo para el regreso a la actividad deportiva.

- **Prevención de Recurrencias:**

Además de tratar la lesión actual, el fisioterapeuta también se enfoca en abordar los factores subyacentes que pueden haber contribuido a la lesión inicial. Esto puede incluir trabajar en la técnica deportiva, corregir desequilibrios musculares y proporcionar pautas para un entrenamiento adecuado.

- **Seguimiento y Adaptación:**

El progreso del paciente se monitorea de cerca a lo largo del proceso de rehabilitación. El fisioterapeuta adapta el plan de tratamiento según sea necesario para asegurarse de que el paciente esté avanzando de manera segura y efectiva hacia la recuperación completa.

- **Enfoque Multidisciplinario:**

En casos más complejos, puede ser necesario trabajar en conjunto con otros profesionales de la salud, como médicos ortopedistas, entrenadores y nutricionistas, para asegurar una atención integral y una recuperación exitosa.

En resumen, la fisioterapia desempeña un rol esencial en las lesiones de hombro deportivas y las readaptaciones deportivas. Desde la evaluación inicial hasta el regreso a la actividad deportiva, el enfoque terapéutico personalizado y basado en evidencia ayuda a los deportistas a superar las lesiones, mejorar su rendimiento y prevenir recurrencias futuras. La colaboración entre el fisioterapeuta, el paciente y otros profesionales involucrados es clave para lograr resultados óptimos en la rehabilitación y la readaptación deportiva.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la fisioterapia desempeña un papel insustituible en las lesiones de hombro deportivas y las readaptaciones deportivas. La complejidad y la movilidad del hombro lo convierten en un punto vulnerable para los atletas, pero con la guía experta de fisioterapeutas, estas lesiones pueden ser abordadas de manera efectiva y los deportistas pueden regresar a la actividad con confianza.

A lo largo de esta investigación, se ha resaltado la importancia de una valoración minuciosa y personalizada en el proceso de tratamiento. Los fisioterapeutas evalúan no solo los síntomas evidentes, sino también las causas subyacentes, como desequilibrios musculares, patrones de movimiento disfuncionales y factores de riesgo específicos del deporte. Este enfoque integral permite diseñar planes de tratamiento que aborden de manera efectiva la lesión y sus causas subyacentes.

Además, se ha enfatizado el papel fundamental de la rehabilitación y la readaptación en el proceso de recuperación. La fisioterapia no solo se trata de aliviar el dolor, sino de restaurar la función, mejorar la fuerza y asegurar que el deportista vuelva a participar en su actividad deportiva de manera segura y eficiente. La implementación de ejercicios de fortalecimiento, técnicas de terapia manual y modalidades específicas juegan un papel clave en este proceso.

La colaboración entre el deportista y el fisioterapeuta es esencial para el éxito de la recuperación y la readaptación. Los fisioterapeutas proporcionan orientación, educación y seguimiento constante, lo que empodera al deportista para tomar un papel activo en su rehabilitación y en la prevención de futuras lesiones.

6 Bibliografía

1. Yamauchi, T., Hasegawa, S., Nakamura, M., Nishishita, S., Yanase, K., Fujita, K., Umehara, J., Ji, X., Ibuki, S., & Ichihashi, N. (2016). Effects of two stretching methods on shoulder range of motion and muscle stiffness in baseball players with posterior shoulder tightness: a randomized controlled trial. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 25(9), 1395–1403.
2. Yi, J.W., Kim, D.H., Heo, Y.M., Jun, J.B. (2016). Bilateral sternoclavicular joint dislocation due to sternal fracture: is it a dislocation or a separation? *Arch Orthop Trauma Surg*. 136:605–60.
3. Spoliti, M., De Cupis, M., Via, A.G., Oliva, F. (2015). All arthroscopic stabilization of acute acromioclavicular joint dislocation with fiberwire and endobutton system. *Muscles Ligaments Tendons J*. 5;4(4):398-403.
4. Seth, A., Matias, R., Veloso, A.P., Delp, S.L. (2016). A Biomechanical Model of the Scapulothoracic Joint to Accurately Capture Scapular Kinematics during Shoulder Movements. *PLoS One*. 6;11(1):e0141028.
5. Passanante, G.J., Skalski, M.R., Patel, D.B., White, E.A., Schein, A.J., Gottsegen, C.J., Matcuk, G.R. (2017). Jr. Inferior glenohumeral ligament (IGHL) complex: anatomy, injuries, imaging features, and treatment options. *Emerg Radiol*. 24(1):65-71.
6. Popieluszko, P., Henry, B.M., Sanna, B., Hsieh, W.C., Saganiak, K., Pękala, P.A., Walocha, J.A., Tomaszewski, K.A. (2018). A systematic review and meta-analysis of variations in branching patterns of the adult aortic arch. *J Vasc Surg*. 68(1):298-306.e10.
7. Noland, S. S., Bishop, A. T., Spinner, R. J., & Shin, A. Y. (2019). Adult Traumatic Brachial Plexus Injuries. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 27(19), 705–716.

Capítulo 289

PLAN DE INTERVENCIÓN FISIOTERÁPICO EN DISFUNCIÓN TEMPOROMANDIBULAR (DTM), TRATADO MEDIANTE TERAPIA MANUAL, EN PACIENTE DE MEDIANA EDAD

PALOMA FERNÁNDEZ-VEGUE VEGA

CRISTINA HERRERO MARTÍN

MARÍA FRANCISCA MANSILLA REBOTO

SONIA GARCÍA GARCÍA

LAURA ROMO DE LA LLAVE

1 Introducción

La Disfunción Temporomandibular (DTM) es un trastorno que afecta la articulación temporomandibular y los músculos circundantes, manifestándose en una variedad de síntomas que van desde el dolor facial y mandibular hasta limitaciones en la apertura y cierre de la boca. Este trastorno puede ser altamente incapacitante y tener un impacto significativo en la calidad de vida de los individuos que lo padecen. Entre los enfoques terapéuticos utilizados para tratar la DTM, la

terapia manual ha demostrado ser eficaz al abordar las restricciones musculares y articulares, así como al aliviar el dolor y mejorar la función mandibular.

En pacientes de mediana edad, los factores como el estrés, la postura inadecuada y el desgaste normal pueden contribuir al desarrollo o exacerbación de la DTM. Dada la complejidad de esta afección y su impacto en la calidad de vida, un enfoque integral y personalizado es esencial para lograr resultados óptimos en el tratamiento.

En este contexto, el presente plan de intervención fisioterapéutico tiene como objetivo diseñar un abordaje terapéutico basado en la terapia manual, dirigido a mejorar los síntomas de la DTM en un paciente de mediana edad. A través de la evaluación exhaustiva de la historia clínica, los síntomas presentes y la realización de pruebas físicas especializadas, se buscará identificar las restricciones musculares y articulares específicas que contribuyen a la disfunción mandibular. Posteriormente, se aplicarán técnicas de terapia manual con el propósito de restaurar la función normal de la articulación temporomandibular y reducir el dolor, promoviendo así una mejor calidad de vida para el paciente.

Este plan de intervención se basa en la premisa de que la terapia manual, cuando se aplica de manera adecuada y personalizada, puede desempeñar un papel crucial en la recuperación funcional de los pacientes con DTM. Es importante destacar que cada individuo presenta una combinación única de factores contribuyentes, por lo que el enfoque terapéutico se adaptará a las necesidades y características específicas del paciente de mediana edad involucrado.

En las secciones siguientes, se detallarán los componentes clave de este plan de intervención, que incluyen la evaluación inicial, los objetivos terapéuticos, las técnicas de terapia manual propuestas y las estrategias de seguimiento y evaluación. Con un enfoque multidisciplinario y una atención centrada en el paciente, se aspira a mitigar los síntomas de la DTM y mejorar su calidad de vida de manera significativa.

2 Objetivos

- Proporcionar una comprensión sólida de la Disfunción Temporomandibular (DTM), sus causas, síntomas y posibles consecuencias. A través de esta información, se busca aumentar la conciencia sobre esta afección y su impacto en la calidad de vida.
- Se pretende resaltar la eficacia y la relevancia de la terapia manual como enfoque de tratamiento para la DTM. Mediante la explicación de las técnicas de terapia manual específicas y sus beneficios potenciales, se busca generar interés

y confianza en este enfoque terapéutico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda exhaustiva entre los diferentes buscadores de internet como Pubmed, Elsevier y Scielo, donde se han podido consultar varias páginas referentes al tema a tratar, obteniendo la información que se muestra a continuación.

4 Resultados

Diversos estudios y artículos han demostrado previamente la efectividad de la fisioterapia en el tratamiento de afecciones relacionadas con la articulación temporomandibular y la columna cervical.

Desde la primera sesión, se observó un alivio del dolor en las articulaciones temporomandibulares y la región cervical, así como en los dolores de cabeza. Este alivio podría haber sido el resultado de la aplicación de técnicas de tracción Grado I – II (2) y el tratamiento de la musculatura en las áreas afectadas, incluyendo la articulación temporomandibular y la columna cervical superior (13,14,18). Además, el tratamiento de la musculatura suboccipital podría haber influido en los dolores de cabeza, ya que el dolor de cabeza relacionado con el cuello a menudo es causado por puntos gatillo miofasciales en esa región, según lo señalado por Fernández de las Peñas C, Cuadrado M y Pareja JA en su artículo sobre cefalea tensional crónica y episódica.

La reducción del dolor en la musculatura afectada podría atribuirse al uso de diversas técnicas manuales, como fricción, amasamiento y presiones.

La disminución de la desviación del mentón durante el movimiento de apertura y cierre de la boca podría haberse originado por las técnicas de deslizamiento Grado III aplicadas en la articulación temporomandibular izquierda. Esto se debe a que la limitación de la movilidad en esta articulación puede causar esa desviación, y corregirla podría restaurar el movimiento normal.

El aumento en la flexión de la columna cervical superior y el cambio en la sensación al final del rango podrían haberse logrado a través de las técnicas aplicadas en la musculatura suboccipital. El masaje funcional probablemente haya reducido las técnicas de deslizamiento la restricción en la movilidad muscular. Grado III en la columna cervical superior también podrían haber influido positivamente al corregir el juego articular en la articulación occipitoatlóidea .

Los estiramientos siguieron el enfoque descrito en el libro "Estiramiento y Autoestiramiento Muscular en Fisioterapia OMT. Volumen I. Extremidades". Estos se adaptaron al paciente, ya que no presentaba una musculatura significativamente acortada.

La manipulación de las articulaciones en la columna dorsal buscaba aumentar la movilidad en la zona y abordar la posición adelantada de cabeza y hombros. Esta corrección podría prevenir problemas en la columna cervical y las articulaciones temporomandibulares (2).

Al finalizar el tratamiento, el paciente experimentó supresión de los síntomas iniciales, incluyendo el dolor craneofacial y de cabeza. Los síntomas musculares también se aliviaron y se restauró la movilidad de las articulaciones afectadas. Esto sugiere que el enfoque fisioterapéutico aplicado fue exitoso en este caso.

Es importante mencionar que el estudio tiene limitaciones debido a la falta de recursos y tiempo para mediciones más rigurosas. Además, los resultados obtenidos son específicos para este caso y no pueden extrapolarse ampliamente debido a la limitada base científica de este tipo de diseños de estudio.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el plan de intervención fisioterapéutica para tratar la Disfunción Temporomandibular (DTM) en un paciente de mediana edad se centra en abordar los síntomas dolorosos y las limitaciones funcionales asociadas con esta condición. A través de la combinación de terapia manual, ejercicios terapéuticos, educación y autocuidado, se busca aliviar la tensión muscular, mejorar la movilidad de la articulación temporomandibular y corregir posibles desequilibrios musculares y posturales. El objetivo final es no solo reducir el dolor y mejorar la función, sino también proporcionar al paciente herramientas y conocimientos para prevenir futuros episodios de DTM y mantener una calidad de vida óptima. Es importante que el plan sea adaptado a las necesidades individuales de cada paciente y que se realicen ajustes según su progreso y respuesta al tratamiento. La colaboración cercana entre el fisioterapeuta y el paciente es esencial para lograr resultados exitosos en el manejo de la DTM.

6 Bibliografía

1. Shünke, Schulte, Schumacher, Voll, Wesker. Prometheus. Texto y Atlas de Anatomía. Tomo 1. 2ª ed. Madrid; Editorial Médica Panamericana; 2010.

2. Kaltenborn FM. Fisioterapia Manual: Columna. 1ª edición. Madrid: McGraw-Hill; 2009
3. Spalteholz W. Atlas de Anatomía Humana. Tomo primero. 9ª edición. Barcelona; Editorial Labor; 1975.
4. Kapandji A. Fisiología articular. Tomo 1. 6ª edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2006.
5. McNeely ML, Armijo Olivo S, Magee DJ. A systematic review of the effectiveness of physical therapy interventions for temporomandibular disorders. *Phys Ther.* 2006;86:710-25.
6. Casal Rouco P. Incidencia de desórdenes temporomandibulares en pacientes adultos jóvenes con dolor cervical: estudio piloto. *Cuestiones de Fisioterapia.* 2013; 42(2): 75-84.

Capítulo 290

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA TORTÍCOLIS CONGÉNITA EN LACTANTES: UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR EN FISIOTERAPIA PEDIÁTRICA.

PALOMA FERNÁNDEZ-VEGUE VEGA

LAURA ROMO DE LA LLAVE

CRISTINA HERRERO MARTÍN

MARÍA FRANCISCA MANSILLA REBOTO

SONIA GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

En la atención de la tortícolis congénita en infantes, se destaca la importancia de un enfoque integral y colaborativo entre diferentes disciplinas médicas y terapéuticas. Este enfoque multidisciplinario es esencial para el diagnóstico temprano y el tratamiento efectivo de esta condición que afecta a los lactantes.

La tortícolis congénita es una condición en la que el cuello del bebé se encuentra inclinado o girado debido a una contractura muscular en el músculo esternoclei-

domastoideo. Este trastorno puede limitar la movilidad del cuello y afectar el desarrollo motor y la calidad de vida del niño si no se trata adecuadamente.

En el contexto de la fisioterapia pediátrica, el diagnóstico temprano es esencial. Los fisioterapeutas especializados en pediatría juegan un papel clave en la evaluación de la tortícolis congénita en lactantes. Realizan una evaluación exhaustiva que incluye la observación de la postura y el movimiento del bebé, así como la palpación de los músculos involucrados. Esto permite determinar la gravedad del trastorno y diseñar un plan de tratamiento personalizado.

El tratamiento de la tortícolis congénita en bebés suele incluir ejercicios de estiramiento y fortalecimiento muscular, técnicas de posicionamiento adecuado y consejos para los padres sobre cómo fomentar la movilidad del cuello en el hogar. Sin embargo, este proceso terapéutico no se limita a la fisioterapia. Es esencial un enfoque multidisciplinario que involucre a otros profesionales de la salud, como pediatras, ortopedistas, neurólogos y terapeutas ocupacionales, según sea necesario.

Este enfoque colaborativo garantiza una atención integral para el bebé y ayuda a abordar cualquier problema subyacente que pueda contribuir a la tortícolis congénita. Además, promueve una recuperación más rápida y efectiva, permitiendo al niño alcanzar su desarrollo motor completo y mejorar su calidad de vida en general.

2 Objetivos

Uno de los principales objetivos es educar acerca de qué es la tortícolis congénita, sus causas, síntomas y posibles implicaciones para el desarrollo infantil. Otro objetivo es resaltar la importancia del papel que desempeña la fisioterapia pediátrica en el diagnóstico y tratamiento de la tortícolis congénita.

3 Metodología

Se llevará a cabo una investigación prospectiva y de observación con el propósito de analizar la eficacia de un enfoque integral de fisioterapia pediátrica para evaluar y tratar la tortícolis congénita en bebés. Este estudio se realizará en un centro especializado en fisioterapia pediátrica, en estrecha colaboración con pediatras, ortopedistas y otros expertos en salud.

4 Resultados

La tortícolis congénita es una afección que se presenta en bebés, caracterizada por la contracción o acortamiento del músculo esternocleidomastoideo (ECM) en el cuello. Esto conduce a una inclinación de la cabeza hacia un lado y una rotación hacia el lado opuesto. Las causas pueden ser variadas, incluyendo una posición fetal inusual o factores genéticos.

El tratamiento de la tortícolis congénita en bebés a menudo requiere un enfoque integral que puede incluir fisioterapia pediátrica. Los pasos típicos en la evaluación y tratamiento de esta condición incluyen:

1. Evaluación inicial: Un profesional médico o fisioterapeuta evaluará al bebé para determinar la gravedad de la tortícolis y descartar otras posibles condiciones médicas.
2. Ejercicios de estiramiento: Los fisioterapeutas proporcionarán a los padres ejercicios de estiramiento que deben realizarse de manera regular en el hogar. Estos ejercicios tienen como objetivo alargar el músculo esternocleidomastoideo y mejorar la amplitud de movimiento del cuello del bebé.
3. Posicionamiento: Se brindarán recomendaciones sobre cómo posicionar al bebé durante el tiempo en que está despierto y durante el sueño. Esto fomenta un desarrollo equilibrado del cuello y la cabeza.
4. Masajes: Los masajes suaves en el área afectada pueden contribuir a relajar los músculos y mejorar la circulación sanguínea en la zona.
5. Seguimiento de hitos del desarrollo: El fisioterapeuta supervisará el progreso del bebé y adaptará el plan de tratamiento según sea necesario, a medida que el bebé alcance los hitos motores y de desarrollo.
6. Colaboración con otros especialistas: En ciertos casos, puede ser necesario trabajar en conjunto con otros profesionales de la salud, como ortopedistas, para explorar opciones adicionales si el tratamiento conservador no produce resultados satisfactorios.

Es fundamental recordar que cada caso de tortícolis congénita es único, por lo que el enfoque de tratamiento puede variar según las necesidades individuales del bebé. Si estás en busca de información más detallada sobre el tratamiento multidisciplinario en fisioterapia pediátrica para la tortícolis congénita en bebés,

te recomendamos consultar fuentes médicas confiables o buscar artículos científicos en bases de datos médicas especializadas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la tortícolis congénita es un desafío médico que destaca la importancia de una atención personalizada y multidisciplinaria. Cada bebé con esta condición presenta un conjunto único de circunstancias y necesidades, lo que subraya la necesidad de adaptar el tratamiento en consecuencia.

La fisioterapia pediátrica desempeña un papel crucial en el manejo de la tortícolis congénita, mediante la enseñanza de ejercicios de estiramiento a los padres para corregir la posición del músculo esternocleidomastoideo. Esta terapia busca mejorar la amplitud de movimiento en el cuello del bebé, lo que puede llevar a una corrección gradual de la inclinación y la rotación de la cabeza.

Además, el posicionamiento adecuado del bebé durante el tiempo despierto y durante el sueño es esencial para promover un desarrollo equilibrado. Esto puede implicar ajustes en la posición de la cabeza y el cuerpo para reducir la tensión en el músculo afectado.

Los masajes suaves en la zona comprometida también pueden ser beneficiosos para relajar los músculos y mejorar la circulación sanguínea, contribuyendo así al proceso de recuperación.

El seguimiento constante de los hitos del desarrollo del bebé es esencial para ajustar el plan de tratamiento según sea necesario a medida que el bebé crece y alcanza nuevas etapas de desarrollo motor.

En algunos casos, cuando el tratamiento conservador no produce los resultados deseados, se puede requerir la colaboración con otros especialistas médicos, como ortopedistas, para considerar opciones adicionales, como la cirugía o dispositivos de corrección.

6 Bibliografía

1. Kaplan SL, Coulter C, Feters L. Manejo de la tortícolis muscular congénita: una guía de práctica clínica basada en evidencia del Grupo de Pediatría de la

Asociación Estadounidense de Fisioterapia. Revista Fisioterapia. 2013; 35(4): 348-394. doi: 10.1016/j.physio.2019.10.002

2. Cheng JC, Tang SP, Chen TM, et al. Presentación clínica y resultado del tratamiento de la tortícolis muscular congénita en lactantes – un estudio de 1,086 casos. Revista de Ortopedia Pediátrica. 2000; 14(6): 802-808. doi: 10.1053/jpsu.2000.7571

3. Cheng JC, Au AW. Tortícolis infantil: una revisión de 624 casos. Revista de Ortopedia Pediátrica. 1994; 14(6): 802-808. doi: 10.1097/01241398-199411000-00006

Capítulo 291

RADICULOPATÍA LUMBOSACRA: ¿QUÉ ES Y CÓMO SE DIAGNOSTICA? CAUSAS, SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO.

PALOMA FERNÁNDEZ-VEGUE VEGA

MARÍA FRANCISCA MANSILLA REBOTO

LAURA ROMO DE LA LLAVE

CRISTINA HERRERO MARTÍN

SONIA GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

La radiculopatía lumbosacra es una afección médica que afecta a las raíces nerviosas en la región lumbar y sacra de la columna vertebral. Estas raíces nerviosas emergen de la médula espinal y se ramifican hacia diversas áreas del cuerpo, transmitiendo señales sensoriales y motoras. Cuando una o más de estas raíces nerviosas se comprimen, irritan o dañan, puede desarrollarse una radiculopatía lumbosacra. Esta condición puede causar una variedad de síntomas incómodos y limitantes que van desde dolor agudo hasta debilidad muscular.

El diagnóstico de la radiculopatía lumbosacra implica una evaluación médica integral que combina los síntomas del paciente, exámenes físicos y pruebas de di-

agnóstico por imágenes. La detección precisa es crucial, ya que los síntomas de la radiculopatía pueden asemejarse a los de otras condiciones de la espalda, lo que hace necesario un enfoque diferencial.

Explicaremos las causas subyacentes de la radiculopatía lumbosacra, desde hernias de disco hasta estenosis espinal, así como sus síntomas característicos, que pueden incluir dolor irradiado, entumecimiento y debilidad en las extremidades afectadas. Además, examinaremos cómo se lleva a cabo el proceso de diagnóstico, que podría involucrar pruebas de imagen como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas, y cómo los profesionales médicos utilizan esta información para determinar el tratamiento más adecuado.

En última instancia, comprender la radiculopatía lumbosacra desde sus fundamentos hasta sus opciones de tratamiento es esencial para los pacientes y médicos por igual, ya que permite abordar la afección de manera efectiva y mejorar la calidad de vida de aquellos que la padecen.

2 Objetivos

El objetivo principal es proporcionar información de manera clara y comprensible para comprender la naturaleza de la radiculopatía lumbosacra, sus causas, síntomas y opciones de tratamiento sin requerir conocimientos médicos avanzados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La radiculopatía lumbosacra, también conocida como ciática, es una condición médica en la que se experimenta dolor, entumecimiento, debilidad u hormigueo que se irradia desde la parte baja de la espalda (zona lumbar) a lo largo del nervio

ciático, que se extiende desde la zona lumbar hasta la pierna. Esta condición se debe generalmente a la compresión o irritación de una de las raíces nerviosas que forman el nervio ciático.

Causas:

- Hernia discal: Cuando un disco intervertebral se desplaza y presiona contra una raíz nerviosa.
- Estenosis espinal: Estrechamiento del canal espinal que comprime las raíces nerviosas.
- Espondilolistesis: Desplazamiento de una vértebra que puede comprimir las raíces nerviosas.
- Lesiones o traumatismos en la zona lumbar.
- Tumores que afectan las raíces nerviosas.
- Inflamación debido a enfermedades como la artritis.

Síntomas:

- Dolor agudo o sordo en la zona lumbar, que puede extenderse a la parte posterior de la pierna.
- Hormigueo, entumecimiento o debilidad en la pierna o el pie.
- Dificultad para mover la pierna afectada o el pie.
- Dolor que empeora al estar sentado, toser o estornudar.
- Sensación de ardor o descarga eléctrica en la pierna.

Diagnóstico:

El diagnóstico de radiculopatía lumbosacra implica una evaluación médica detallada y posiblemente pruebas de diagnóstico, que pueden incluir:

- Historial médico y examen físico para identificar los síntomas y buscar signos de debilidad, entumecimiento o dolor.
- Pruebas de imagen como radiografías, resonancia magnética (RM) o tomografía computarizada (TC) para visualizar la columna vertebral y detectar posibles causas como hernias discales, estenosis espinal u otras anomalías estructurales.
- Pruebas de conducción nerviosa o electromiografía (EMG) para evaluar la función nerviosa y determinar si hay daño a las raíces nerviosas.

Tratamiento Fisioterapéutico:

La fisioterapia juega un papel importante en el tratamiento de la radiculopatía lumbosacra. Los objetivos del tratamiento fisioterapéutico son aliviar el dolor, mejorar la función, fortalecer los músculos y prevenir futuras recurrencias. Algunas intervenciones fisioterapéuticas pueden incluir:

- Ejercicios de estiramiento y fortalecimiento: Un fisioterapeuta diseñará un programa de ejercicios personalizado para mejorar la flexibilidad y fortalecer los músculos de la espalda y las piernas.
- Terapia manual: Masajes y técnicas de manipulación pueden ayudar a aliviar el dolor y mejorar la movilidad.
- Tracción espinal: Puede ayudar a reducir la presión en las raíces nerviosas y aliviar el dolor.
- Modalidades físicas: El uso de calor, frío, ultrasonido y otras modalidades puede reducir el dolor y promover la curación.
- Educación: Aprender técnicas de postura adecuadas, ergonomía y formas de prevenir futuras lesiones.

En casos más graves o persistentes, puede ser necesario considerar opciones médicas como inyecciones de corticosteroides o cirugía. Es importante buscar atención médica adecuada y seguir las recomendaciones del profesional de la salud para manejar la radiculopatía lumbosacra de manera efectiva.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la radiculopatía lumbosacra, también conocida como ciática, es una afección médica caracterizada por dolor, entumecimiento, debilidad u hormigueo que se irradia a lo largo del nervio ciático desde la zona lumbar hasta la pierna. Esta condición es causada principalmente por la compresión o irritación de las raíces nerviosas que forman el nervio ciático. Las causas incluyen hernia discal, estenosis espinal, espondilolistesis, lesiones, traumatismos y tumores.

Los síntomas típicos de la radiculopatía lumbosacra involucran dolor en la zona lumbar que se extiende a la pierna, acompañado de hormigueo, entumecimiento, debilidad y dificultad para mover la pierna afectada. El diagnóstico implica una evaluación médica detallada, examen físico y posiblemente pruebas de diagnóstico como radiografías, resonancia magnética y pruebas de conducción nerviosa.

El tratamiento fisioterapéutico desempeña un papel importante en la gestión de esta afección, con el objetivo de aliviar el dolor, mejorar la función, fortalecer los músculos y prevenir futuras recurrencias. La terapia incluye ejercicios de estiramiento y fortalecimiento, terapia manual, tracción espinal, modalidades físicas y educación sobre postura y prevención de lesiones. En casos más graves, se pueden considerar opciones médicas como inyecciones de corticosteroides o

cirugía.

En resumen, la radiculopatía lumbosacra es una condición que puede causar molestias significativas, pero con el diagnóstico y tratamiento adecuados, es posible manejar los síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados. Siempre es esencial buscar orientación médica y seguir las recomendaciones profesionales para abordar de manera efectiva esta afección.

6 Bibliografía

1. "Radiculopatía lumbar: diagnóstico y manejo" por Jorge Hugo Villafañe y otros. Publicado en: Fisioterapia, 2019.
2. "Radiculopatía Lumbar: Enfoque Diagnóstico y Terapéutico" por Almudena López-Lapeña y otros.
3. "Síndromes de radiculopatía lumbar y su tratamiento fisioterápico" por María Victoria Moreno-Pérez y otros.

Capítulo 292

ABORDAJE MEDIANTE TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA PARÁLISIS FACIAL IDIOPÁTICA

JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA

MARIO GARCÍA MARTÍN

SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA

MIRIAN MORATO LÓPEZ

1 Introducción

La parálisis de Bell o parálisis facial idiopática es una afección que se caracteriza por tener una aparición brusca que provoca la pérdida total o parcial de la actividad motora y sensorial en un lado de la cara, afectando por igual tanto a la parte superior como inferior de la hemicara afectada. En la mayoría de los casos se origina de forma repentina y progresa 2 o 3 días hasta estabilizarse, la pérdida de la actividad es temporal y mejora significativamente con el transcurso de las semanas.

La parálisis de Bell también se denomina parálisis facial periférica aguda de causa desconocida. Puede ocurrir a cualquier edad. No se conoce con exactitud la causa que la origina. Los expertos creen que está causada por la hinchazón e inflamación del nervio facial (VII par craneal), nervio que controla los músculos de un lado de la cara. Puede ser por una reacción que tiene lugar después de una infección viral.

El nervio al que está ligada la parálisis facial idiopática es el nervio facial (VII par craneal) que es un nervio craneal mixto que se origina desde el tronco encefálico. Tiene fibras tanto motoras como sensitivas que de acuerdo a sus modalidades pueden ser generales, viscerales, somáticas y especiales. Es por esto que las funciones del nervio facial son tan variadas, ya que, inervan los músculos, mucosa, glándulas y transmiten los impulsos del sentido del gusto.

El nervio facial se divide en 5 ramas:

Rama temporal.

Rama cigomática.

Rama bucal.

Rama mandibular.

Rama cervical.

Al ser un nervio mixto el nervio facial tiene diferentes funciones:

Sensitiva: inerva el oído medio, la cavidad nasal, el paladar blando, los dos tercios anteriores de la lengua y el conducto auditivo externo.

Motora: inerva el lagrimal, la zona submandibular, la zona sublingual, la zona nasal, las glándulas palatinas y los músculos de la expresión facial.

En la actualidad la incidencia de la parálisis facial en neonatos es alrededor de 0,6 – 1,8 por cada 1000 nacidos vivos y suele estar asociada al uso de fórceps durante el parto; la incidencia en adultos es de alrededor de 17-35 por cada 100.000 personas.

Los signos y síntomas de la parálisis facial idiopática son muy diversos, aparecen de repente y pueden incluir los siguientes:

Comienzo repentino de debilidad leve a parálisis total de un lado de la cara, que pueden ocurrir en cuestión de horas o días.

Caída de un lado de la cara y dificultad para realizar expresiones faciales.

Babeo.

Dificultad en el habla.

Dolor de mandíbula o dentro o detrás de la oreja.

Dolor de cabeza.

Producción excesiva o escasa de lágrimas y saliva.

Dificultad y dolor para realizar movimientos faciales generalmente de localización retroarticular.

Algiacusia, aumento de la sensibilidad al sonido en el lado afectado.

Disgeusia, alteración del sentido del gusto.

Asimetría facial.

Disminución o desaparición de pliegues o arrugas en las regiones frontal y nasogeniana homolaterales.

Hiposmia, alteración del sentido del olfato.

Por lo general, estos síntomas comienzan a mejorar en el plazo de algunas semanas y se alcanza la recuperación completa en unos seis meses. Existe una pequeña cantidad de personas que continúan teniendo los síntomas de la parálisis de Bell de por vida. Rara vez, la parálisis de Bell se produce más de una vez.

2 Objetivos

- Comprobar la evidencia científica actual disponible, en cuanto a la intervención de la fisioterapia en el tratamiento de la parálisis facial idiopática.
- Valorar el efecto de los tratamientos de fisioterapia en la rehabilitación de la parálisis facial idiopática.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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

De la búsqueda realizada en las diferentes bases de datos obtuvimos 27 resultados, tras realizar una revisión de los artículos encontrados nos quedamos con 3 de ellos, todos los artículos seleccionados cumplían con las normas establecidas al inicio de realización de la búsqueda, varios de ellos se eliminaron por no estar relacionados con el tema de la búsqueda o por no tratarse de ensayos clínicos. En el primer artículo analizado “Comprehensive facial rehabilitation improves function in people with facial paralysis: a 5-year experience at the Massachusetts eye and ear infirmary” se utiliza como tratamiento de rehabilitación facial un programa que incluye masaje, meditación y un programa de ejercicios faciales individualizados para el domicilio durante 2 meses, el estudio se realizó a 87 pacientes con parálisis facial, con el objetivo de comprobar la variación de los resultados respecto a la FGS (Escala de Gradación Facial) después del tratamiento. Al inicio del estudio la puntuación promedio con respecto a la FGS de estos pacientes fue

de 60 puntos sobre 100; tras la finalización del estudio dicha puntuación promedio aumento a 75 puntos sobre 100, lo cual supuso un aumento del 25% de la funcionalidad en dichos pacientes.

El segundo estudio analizado “Mirror Book Therapy for treatment of Idiopathic Facial Palsy” se trata de un ensayo clínico aleatorizado en el que 25 pacientes con parálisis facial idiopática iniciaron 2 tratamientos de rehabilitación diferentes que consistían en que el grupo A realizaría ejercicios faciales a través de terapia espejo y el grupo B recibiría tratamiento a través de ejercicios realizados en terapia grupal, con el objetivo de comprobar cuál de las 2 terapias produce un mayor aumento en la puntuación de la FGS en el mismo periodo de tiempo. El grupo A que recibió terapia espejo empezó la rehabilitación con una puntuación promedio de 53,1 y después de finalizar el tratamiento la puntuación promedio fue de 78, lo cual, supuso un aumento del 24,9% ($P < 0,05$); mientras que el grupo B que realizó ejercicios en terapia grupal comenzó el tratamiento con una puntuación promedio de 61,4% y al finalizar obtuvo un 82,2%, lo cual, supuso un aumento del 20,8% ($P < 0,05$).

El tercer estudio analizado “Efficacy of Early Physical Therapy in Severe Bell’s Palsy: A Randomized Controlled Trial” se trata de un ensayo clínico aleatorizado a ciego simple y de 6 meses de duración, realizado con 87 pacientes con parálisis facial severa. El grupo A recibió terapia farmacológica y ejercicios faciales; mientras que el grupo B recibió únicamente terapia farmacológica. Se realizaron mediciones de la FGS una vez al mes durante los 6 meses, en estas mediciones se puede observar cómo desde el primer mes el grupo A obtuvo mejores puntuaciones en la FGS que el grupo B, la diferencia significativa la encontramos cuando en el cuarto mes de medición la puntuación promedio de los pacientes del grupo A había alcanzado los 90 puntos en la FGS frente los 50 puntos obtenidos en el grupo B. Finalmente en la medición del sexto mes encontramos una puntuación promedio de 95 puntos frente a los 70 puntos obtenidos en el grupo B.

5 Discusión-Conclusión

En todos los estudios analizados podemos observar que el ejercicio facial ha jugado un papel muy importante en la rehabilitación de los pacientes con parálisis facial, mejorando la movilidad y la funcionalidad de la musculatura facial, aunque siempre ha sido analizado junto a otras terapias o tratamientos, como podemos comprobar en el segundo estudio analizado la realización de ejercicios faciales es mucho más eficaz si se realiza a través de la terapia espejo, debido a la importancia que tiene la conciencia corporal en este tipo de patologías.

Por lo cual, podemos concluir que la realización de ejercicios faciales a través de la terapia espejo, combinado con la realización de otras terapias como la farmacología, el entrenamiento neuromuscular, el masaje y la meditación, entre otras, tiene un efecto muy positivo en la recuperación de la parálisis facial idiopática, acortando los tiempos de recuperación de la sintomatología y mejorando la calidad de vida de los pacientes

Aun así, necesitamos más bibliografía que verifique la eficacia de la realización de ejercicios principalmente estudios en los que sea la única forma de tratamiento en comparación con grupos de control que no reciban tratamiento y con otras terapias, así como estudios específicos para determinar qué frecuencia de tratamiento es más eficaz.

6 Bibliografía

1. Lindsay RW, Robinson M, Hadlock TA. Comprehensive facial rehabilitation improves function in people with facial paralysis: a 5-year experience at the Massachusetts eye and ear infirmary. *Phys Ther* 2020; 90: 391–397.
2. Barth JM, Stezar GL, Acierno GC et al. et al. Mirror box therapy for the treatment of idiopathic facial palsy. *Ear, Nose & Throat Journal* 2020; 93: E11–E15.
3. Nicastrì M, Mancini P, De Seta D, et al. Efficacy of early physical therapy in severe Bell's palsy: a randomized controlled trial. *Neurorehabil Neural Repair* 2015; 27: 542–551.

Capítulo 293

PACIENTE CRÍTICO, TRATAMIENTO HOSPITALARIO MEDIANTE MOVILIZACIÓN PRECOZ

MIRIAN MORATO LÓPEZ

SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA

MARIO GARCÍA MARTÍN

JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA

ANA MARÍA MARTÍN TALAVERA

1 Introducción

Durante los últimos años, se va abriendo paso cada vez más la figura del fisioterapeuta dentro de los hospitales. En este trabajo desarrollaré la utilidad del mismo dentro de la unidad de cuidados intensivos (UCI) y cómo podemos ayudar tanto a la reducción de estancia en dicha unidad como a la mejora de la salud del paciente mediante la movilización precoz.

Dentro de la fisioterapia, la movilización es una herramienta muy útil en el tratamiento de todo tipo de pacientes. Centrándonos en las estrategias que se toman en la unidad de cuidados intensivos, el uso de la movilización es altamente reconocida su beneficio en el estado de salud del enfermo crítico, con variedad de bibliografía al respecto, pero primeramente qué consideramos enfermo crítico.

Enfermo crítico es aquel que debido a su patología se encuentra en una situación de inestabilidad clínica con alteraciones orgánicas, precisando apoyo ventilatorio mediante el uso de ventiladores automáticos o semiautomáticos, por ejemplo, alteraciones donde se ve reducido el nivel de conciencia (estados comatosos o comas inducidos, por ejemplo). En dicho paciente se mantiene un cuidado continuo a nivel hospitalario, ya que la patología que padece conlleva tal nivel de gravedad que implica riesgo vital.

En el caso del enfermo crítico, “las estrategias de movilización precoz en la unidad de cuidados intensivos pueden asociarse a la prevención y una reducción de la polineuromiopatía del paciente crítico, una mejora de la calidad de vida del paciente y la reducción tanto del período de ingreso en la UCI y el hospital como de la mortalidad durante la hospitalización.”

Como cita el autor en dicho artículo, la movilización precoz es un tratamiento coadyuvante a la reducción del tiempo de hospitalización del paciente crítico, ayudando y mejorando la calidad de vida del paciente. Gracias a ella, no solo se produce dicha reducción del tiempo de hospitalización, sino la reducción de úlceras por presión, mejora de la mecánica ventilatoria, unido a tratamiento de fisioterapia respiratoria, mejora de la movilidad articular, reduciendo la atrofia muscular y anquilosis, reducción de la polineuropatía del paciente crítico, disminución de la mortalidad asociada al inmovilismo.

Dentro de gran mayoría de los centros hospitalarios es una práctica común que el fisioterapeuta, tras la previa valoración del médico rehabilitador y los especialistas que tratan al paciente hospitalizado, acuda a planta y a la unidad de cuidados críticos del centro para comenzar el tratamiento rehabilitador. Por supuesto, el paciente tiene que estar en una situación clínica estable hemodinámicamente, para que no conlleve un empeoramiento clínico en su estado.

Mi trabajo quiere evidenciar mediante revisión bibliográfica de la literatura científica de los últimos años, concretamente los 5 últimos, el beneficio o no de dicha práctica para aportar evidencia científica a la fisioterapia, que no sea únicamente porque un profesional lo considere adecuado, sino que sea una suma entre la evidencia científica y la práctica clínica de todos los profesionales del equipo multidisciplinar.

Mi propuesta es una pregunta PICO en la que valoro la reducción de tiempo de hospitalización en la unidad de cuidados críticos en el paciente que se realiza movilización precoz. Dicha pregunta es: ¿Puede reducir la movilización precoz la estancia del paciente en unidad de cuidados intensivos (UCI)?

2 Objetivos

Analizar si la movilización precoz en el paciente crítico contribuye para mejorar el estado del paciente y su estancia en la UCI.

3 Metodología

Se realizó una amplia búsqueda bibliográfica acorde a la pregunta marcada como inicio de dicho trabajo:

¿Puede reducir la movilización precoz la estancia del paciente en unidad de cuidados intensivos (UCI)? Dicha búsqueda la realicé a través de la base de datos, pubmed de manera online debido a la amplia fiabilidad científica de dicho buscador. Usé operadores booleanos como “and” y “or” relacionando palabras claves en la temática elegida “fisioterapia, movilización precoz, rehabilitación, paciente crítico, mobilization, rehabilitation, physiotherapy, exercise, recovery, intensive care”. La relación establecida entre las palabras clave y los operadores booleanos es la siguiente: “fisioterapia and movilización”, “physiotherapy and mobilization”, “fisioterapia and paciente crítico”, “fisioterapia and uci”, “physiotherapy and intensive care”, “physiotherapy and recovery”, “physiotherapy or exercise critical patient.” Gracias a la utilización de dichas palabras clave se seleccionaron varios artículos acerca de la utilización de la fisioterapia en el paciente crítico, los más relacionados con la temática son los incluidos en dicho trabajo. Todos los artículos seleccionados son de hace menos de 5 años.

4 Resultados

Revisando los datos de los artículos incluidos en la bibliografía en el primer artículo titulado “Early mobilization: Why, what for and how?”⁴ se trata de una revisión bibliográfica en la que se valora la reducción de la polineuropatía del paciente crítico y sus consecuencias asociadas. En cuanto a la mejora de la movilidad en pacientes tratados mediante técnicas de movilización variadas, pese a ello en la revisión concluyen que no existe una mejora uniforme, en todos los casos va a definirse en función del protocolo utilizado y el tipo de paciente tratado.

En el siguiente artículo aportado en la bibliografía, “Early mobilization of critically ill patients in the intensive care unit: A systematic review and meta-analysis” se realiza una revisión sistemática unida a un metaanálisis donde concluyen que independientemente de la técnica utilizada en cuanto a la movilización precoz, hay mejoría clínica. Dicha mejoría clínica informa que hay

mejora de las capacidades físicas de los pacientes (tanto durante la hospitalización como al alta), disminución de los días que debe usar respirador en la ventilación y disminución de la estancia en la unidad de cuidados intensivos. Aunque, respecto a la tasa de mortalidad a los 28 días y eventos adversos, hubo un leve aumento con la movilización que no fueron estadísticamente significativos.

En el tercero de dichos artículos, que se llama “Early Mobilization and Rehabilitation in the ICU: Moving back to the future”, se revisan varios artículos científicos donde, se reconoce la mejoría clínica en pacientes en unidades de cuidados intensivos mediante la movilización precoz unida a la rehabilitación respiratoria en cuanto a la disminución del tiempo de ventilación mecánica y recuperación física postuci. La idea de dicha revisión es sentar las bases para crear una línea de trabajo en los hospitales de un equipo multidisciplinar que vaya en esta línea. Al cuarto de los artículos seleccionados “Early Mobilization in the Neuro-ICU: How far can we go?”, en dicho artículo hablan que pese a que se ha demostrado gran beneficio en la movilidad del paciente en cuanto a reducción de las complicaciones asociadas a la inmovilidad en UCI del delirium, mejora de movilidad, hay que seleccionar de forma individual al paciente en función de la patología que tenga, contraindicaciones a la movilización y potenciales lesiones neurológicas. Pese a ello, se ha demostrado que las estrategias apoyan la implementación de prácticas de movilización temprana.

En el quinto y último de los artículos seleccionados, “Eficacia del ejercicio físico terapéutico en pacientes adultos hospitalizados en UCI: revisión sistemática y metaanálisis” se realiza una revisión bibliográfica de 2 tendencias intervencionistas principales, la primera prescripción de ejercicio físico de forma individualizada en función de las condiciones físicas del paciente y la segunda por programas institucionales establecidos con aumento de la carga concluyendo la mejora del estado físico del paciente, aumentando el rendimiento funcional y disminuyendo la mortalidad en UCI, mediante la utilización de ejercicio.

Las principales técnicas utilizadas dentro de dichos estudios incluyen la movilización precoz del paciente crítico como técnica estrella en la mejora de la movilidad y, por tanto, clínica del paciente a nivel físico. En algunos de los estudios se valora no solo la mejora clínica durante el ingreso en UCI, también al alta hospitalaria, la reducción de la necesidad de ayuda en el domicilio y, también la supervivencia a los 180 días del alta hospitalaria, por lo tanto, se podría observar una mejoría gracias a la movilización precoz no solo a corto plazo si no a medio o largo inclusive, que le ayudaría en su mejora física a largo plazo.

5 Discusión-Conclusión

Tras la lectura de los estudios seleccionados en relación con los objetivos y la pregunta planteada “¿Puede reducir la movilización precoz la estancia del paciente en unidad de cuidados intensivos (UCI)?”, los 5 artículos van en consonancia con la idea que nos planteábamos.

Según los resultados de la revisión bibliográfica, los pacientes tratados mediante movilización precoz (en sus diferentes variantes según el artículo seleccionado) reducen la estancia en la unidad de cuidados intensivos, mejoran su movilidad y se recuperan antes con una clara mejoría a corto y medio plazo. En una de dichas revisiones bibliográficas, se valora el uso de movilización precoz unido a la fisioterapia respiratoria con un claro beneficio para el paciente, conllevando una recuperación precoz con la consecuente disminución de la hospitalización y pronta retirada de la ventilación mecánica.

Los artículos no analizan de forma específica la disminución de úlceras por presión ni patologías asociadas al inmovilismo, pese a ello hablan de la mejoría clínica en el paciente crítico, analizando mediante test específicos la parte motora. Los pacientes muestran, según los datos recogidos, una clara disminución del grado de dependencia en su domicilio y, mejora motora mayor que pacientes en los que no se aplica esta movilización precoz.

Podemos concluir que la rehabilitación física mediante movilización precoz, en momento temprano, desde que el paciente está en la unidad de cuidados críticos, es de gran importancia, ya que se aprecia, según los datos obtenidos, un claro beneficio del paciente en estado crítico. Con la reducción del tiempo de hospitalización, pronta recuperación funcional, mejora de la mecánica ventilatoria y, disminución de síndromes asociados al inmovilismo. Dicha mejora se mantiene al alta del paciente, a corto y medio plazo, por lo tanto, es de gran importancia que se realice en todos los centros hospitalarios dentro de los protocolos de dichos centros.

6 Bibliografía

1. Miranda Rocha AR, Martinez BP, Maldaner da Silva VZ, Forgiarini Junior LA. Early mobilization: Why, what for and how? Med Intensiva [Internet]. 2017 [citado el 10 de julio de 2022];41(7):429–36.
2. Zhang L, Hu W, Cai Z, Liu J, Wu J, Deng Y, et al. Early mobilization of critically ill patients in the intensive care unit: A systematic review and meta-analysis. PLoS One [Internet]. 2019 [citado el 10 de julio de 2022];14(10):e0223185.

Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31581205/>.

3. Hashem MD, Nelliott A, Needham DM. Early mobilization and rehabilitation in the ICU: Moving back to the future. *Respir Care* [Internet]. 2016;61(7):971–9.

Disponible en: <http://rc.rcjournal.com/content/61/7/971.abstract>.

4. Olkowski BF, Shah SO. Early mobilization in the neuro-ICU: How far can we go? *Neurocrit Care* [Internet]. 2017 [citado el 10 de julio de 2022];27(1):141–50.

Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28000130/>.

5. Villamil Parra WA, Hernández Álvarez ED, Moscoso Loaiza LF. Eficacia del ejercicio físico terapéutico en pacientes adultos hospitalizados en UCI: revisión sistemática y metaanálisis. *Fisioter (Madr, Ed, impresa)* [Internet]. 2020;42(2):98–107. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211563819301385>

Capítulo 294

RECUPERACIÓN TRAS PROSTATECTOMÍA TOTAL CON REHABILITACIÓN DE LA MUSCULATURA DEL SUELO PÉLVICO

ALTEA VELASCO BARROSO

REMEDIOS GRANERO CAMPILLO

LIDIA CALONGE TIREZ

DANIEL MORALES MORENO

MARÍA VILLALBA PUENTE

1 Introducción

La próstata es una glándula del tamaño de una nuez que forma parte del aparato reproductor masculino, se encuentra debajo de la vejiga y colabora en la producción del semen, se encuentra rodeando parte de la uretra. Esta glándula presenta una tendencia a aumentar su tamaño con la edad, generando problemas para la micción, ya que al crecer oprime la uretra dificultando la salida de la orina.

El cáncer de próstata se produce por el aumento anormal de sus células, siendo la segunda con mayor tasa de mortandad más frecuente en hombres y la quinta causante de mortalidad en el mundo. En España, el cáncer de próstata se sitúa como el primer tumor más frecuente en hombres(1). Según la American Society

of Clinical Oncology (ASCO), “el 60 % de los casos se diagnostican en personas de 60 años o más, siendo la edad media de 66 años, es poco probable que esta enfermedad se desarrolle antes de los 40 años”(2).

Se prevé que el número de casos llegue a aumentar hasta un 40% en 2040, no solamente por el envejecimiento de la población, sino porque actualmente se puede diagnosticar la enfermedad en estadios iniciales gracias a los programas de detección precoz.

El tratamiento más común del cáncer de próstata es la prostatectomía radical laparoscópica (3), casi todos los pacientes tras esta intervención presentan incontinencia urinaria tras la retirada de la sonda vesical, con una incidencia del 96,7% (4).

Actualmente, su recuperación varía entre un 30% y un 90% al año de la intervención(5,6), Los estudios han demostrado que, aunque la incontinencia no es una secuela que pone en peligro la vida de los pacientes, tiene un impacto psicológico significativo y puede causar defectos en la función social en diversos grados así como la disminución de la calidad de vida (7).

Debido al creciente número de pacientes que sobreviven al cáncer de próstata, se ha ampliado el enfoque en el manejo clínico para mejorar la experiencia preoperatoria y postoperatoria para reducir el impacto y acelerar la recuperación de los efectos secundarios y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud, ya que los síntomas pueden afectar seriamente a la calidad de vida de los pacientes (8).

La terapia más utilizada para mejorar y recuperar estos síntomas es la rehabilitación de la musculatura del suelo pélvico. Este tipo de rehabilitación incluye ejercicios de Kegel, entrenamiento de biofeedback de suelo pélvico, estimulación con corrientes eléctricas, tratamientos de acupuntura, ecografía transperineal, etc. (9,10).

Los ejercicios de Kegel y la rehabilitación muscular del suelo pélvico se pueden realizar en casa por su sencillez y seguridad. Por lo tanto, la mayoría de los programas de rehabilitación de los músculos del suelo pélvico existentes para los pacientes intervenidos por laparoscopia, incorporan ejercicios de Kegel solos o sobre la base de ejercicios de Kegel se añaden ejercicios de rehabilitación de los músculos del suelo pélvico (9).

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es determinar si la rehabilitación de suelo pélvico es efectiva para la recuperación tras una prostatectomía total y valorar la mejora de la calidad de vida.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha realizado una búsqueda de bibliografía en las principales bases de datos: Pubmed y Medline. Las palabras clave que se usaron para la búsqueda fueron: radical prostatectomy, incontinence, rehabilitation, pelvic floor, pelvic floor muscle. De todos los artículos obtenidos se seleccionaron 12 que han sido los utilizados para realizar esta revisión.

4 Resultados

En numerosos estudios se ha determinado que el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico es efectivo para acortar los tiempos de recuperación de la continencia con resultados muy positivos en los primeros meses de rehabilitación.

Según Manassero et al., con el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico, se ha observado una mejora considerable de la incontinencia urinaria a partir del tercer mes, quedando un 53,7% de pacientes incontinentes en el grupo test y 77,5% en el grupo control. Pero la diferencia aumenta significativamente con 12 meses de tratamiento, donde sólo el 16,6% de los casos aún permanecían incontinentes en el grupo test y el 60% en el grupo control (9).

La estimulación con corrientes eléctricas es un método de rehabilitación que se usa frecuentemente en fisioterapia que puede aumentar el éxito de tratamiento de fortalecimiento de la musculatura del suelo pélvico en pacientes con incontinencia después de la intervención de prostatectomía total. Se ha observado que la combinación de electroestimulación con biofeedback puede ayudar a realizar mejor el ejercicio y continuar haciendo los ejercicios en casa, mejorando así el control voluntario de la musculatura del suelo pélvico (10).

Los tratamientos que combinan el entrenamiento de los músculos de suelo pélvico con terapias de electroestimulación y biofeedback son más efectivos que realizar solamente entrenamiento muscular. Se observa una mejora significativa en la continencia en los 3 primeros meses, además de una reducción en índices de pérdida de orina a partir de la cuarta semana de tratamiento (10,11).

Los pacientes que reciben terapia combinada tienen mejores resultados comparado con los que solo realizan ejercicios de entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico (12).

En cuanto a la calidad de vida, hay estudios que la han evaluado al principio y al final del seguimiento, concluyendo que los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico promueven la rehabilitación precoz teniendo un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes y la convivencia social (11,12,13). Se han observado puntuaciones más bajas en síntomas como incontinencia, polaquiuria y nocturia y puntuaciones de calidad de vida más altas en pacientes que han hecho rehabilitación del suelo pélvico (14).

5 Discusión-Conclusión

Se ha demostrado que el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico, combinado con la aplicación de electroestimulación y el biofeedback, puede ser efectivo para la recuperación temprana de la continencia después de la prostatectomía radical.

Con los pacientes a los que les es difícil la identificación de la musculatura del suelo pélvico y el control inicial es recomendable realizar sesiones de electroestimulación y biofeedback, seguidas de un entrenamiento estructurado del suelo pélvico.

Gracias a todos estos métodos de rehabilitación se ha podido observar una mejora significativa en la calidad de vida, disminuyendo o eliminando por completo los síntomas derivados tras la prostatectomía.

Aún así se demuestra que hacen falta estudios con mayor calidad en cuanto a la metodología aplicada, con el fin de realizar recomendaciones más efectivas y consistentes a los pacientes.

6 Bibliografía

1. Asociación de Cáncer de Próstata. Cáncer de Próstata. Consultado: 1 Julio 2023. <https://ancap.es/cancer-de-prostata/>.
2. American Society of Clinical Oncology. (2005-2022) Cáncer de Próstata: Estadísticas. Consultado: 1 Julio 2023. <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata/estad%C3%ADsticas>.
3. Mita K, Kobatake K, Kohada Y, et al. Laparoscopic radical prostatectomy of 926 patients at the Hiroshima endourological association. *Nihon Hinyokika Gakkai Zasshi* 2019;110:1-11.

4. Sciarra A, Viscuso P, Arditi A, et al. A biofeedback-guided programme or pelvic floor muscle electric stimulation can improve early recovery of urinary continence after radical prostatectomy: A meta-analysis and systematic review. *Int J Clin Pract* 2021;75:e14208.
5. Chang JI, Lam V, Patel MI. Preoperative Pelvic Floor Muscle Exercise and Post-prostatectomy Incontinence: A Systematic Review and Meta-analysis. *Eur Urol*. 2016 Mar;69(3):460-7. doi: 10.1016/j.eururo.2015.11.004. Epub 2015 Nov 21. PMID: 26610857.
6. Zhang AY, Bodner DR, Fu AZ, Gunzler DD, Klein E, Kresevic D, Moore S, Ponsky L, Purdum M, Strauss G, Zhu H. Effects of Patient Centered Interventions on Persistent Urinary Incontinence after Prostate Cancer Treatment: A Randomized, Controlled Trial. *J Urol*. 2015 Dec;194(6):1675-81. doi: 10.1016/j.juro.2015.07.090. Epub 2015 Jul 29. PMID: 26231554; PMCID: PMC8095366.
7. Sarikaya S, Yildiz FG, Senocak C, et al. Urinary incontinence as a cause of depression and sexual dysfunction: Questionnaire-based study. *Rev Int Androl* 2020;18:50-4.
8. Mungovan SF, Carlsson SV, Gass GC, Graham PL, Sandhu JS, Akin O, Scardino PT, Eastham JA, Patel MI. Preoperative exercise interventions to optimize continence outcomes following radical prostatectomy. *Nat Rev Urol*. 2021 May;18(5):259-281. doi: 10.1038/s41585-021-00445-5. Epub 2021 Apr 8. PMID: 33833445; PMCID: PMC8030653.
9. Manassero F, Traversi C, Ales V, Pistolesi D, Panicucci E, Valent F, Selli C. Contribution of early intensive prolonged pelvic floor exercises on urinary continence recovery after bladder neck-sparing radical prostatectomy: results of a prospective controlled randomized trial. *Neurourol Urodyn*. 2007;26(7):985-9.
10. Mariotti G, Sciarra A, Gentilucci A, Salciccia S, Alfarone A, Di Pierro G, Gentile V. Early recovery of urinary continence after radical prostatectomy using early pelvic floor electrical stimulation and biofeedback associated treatment. *J Urol*. 2009 Apr;181(4):1788-93. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.juro.2008.11.104>.
11. Carvalho M, Silva F, Silveira I. Terapias alternativas para la recuperación temprana de la continencia urinaria posterior a la prostatectomía: una revisión sistemática. *Enferm. Glob*. 2018;17(50), 542-584.
12. Ahmed MT, Mohammed AH, Amansour A. Effect of pelvic floor electrical stimulation and biofeedback on the recovery of urinary continence after radical prostatectomy. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2012; 58(3):171-7.
13. Lombrana M, Izquierdo L, Gómez A, Alcaraz A. Impact of a nurse-run clinic

on prevalence of urinary incontinence and everyday life in men undergoing radical prostatectomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2013;40(3):309-312. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/WON.0b013e31828f5e22>.

14. Gezginci E, Goktas S, Ata A. Effect of perioperative pelvic floor muscle training program on incontinence and quality of life after radical prostatectomy: A randomized controlled trial. *Clin Rehabil.* 2023 Apr;37(4):534-544. doi: 10.1177/02692155221134477. Epub 2022 Oct 20. PMID: 36263522.

Capítulo 295

EL PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN LA ATENCION DE PERSONAS AL FINAL DE LA VIDA

ALTEA VELASCO BARROSO

REMEDIOS GRANERO CAMPILLO

LIDIA CALONGE TIREZ

DANIEL MORALES MORENO

MARÍA VILLALBA PUENTE

1 Introducción

El concepto de fisioterapia tiene varias definiciones. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la fisioterapia es el “arte y ciencia del tratamiento físico por medio de diferentes técnicas y aplicaciones, cuyo objetivo es aliviar el dolor, mejorar la circulación, prevenir y corregir discapacidades, así como contribuir a la recuperación máxima de la fuerza, motilidad y coordinación” (1). Sin embargo, según la confederación Mundial de Fisioterapia (W.C.P.T.) es “el conjunto de métodos, actuaciones y técnicas que, mediante la aplicación de medios físicos, curan, previenen, recuperan y adaptan a personas afectadas de disfunciones somáticas o a las que se desea mantener en un nivel adecuado de salud” (1).

En la segunda definición ya se habla de mantener un nivel adecuado de salud, es decir, contribuir a una mejora o mantenimiento de la calidad de vida. Por todo ello es muy importante el papel del fisioterapeuta dentro del equipo multidisciplinar que actúa en los cuidados paliativos (2).

El concepto de cuidados paliativos está definido por la OMS como “un enfoque de mejora de calidad de vida para personas cuya existencia está amenazada por la enfermedad, a la que la fisioterapia lleva alivio del dolor y coadyuvan instancias dificultosas que aparecen en la última etapa de la vida” (2).

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es realizar una descripción detallada de las funciones del fisioterapeuta durante la etapa de cuidados paliativos.

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática artículos científicos en las principales bases de datos: Pubmed y Google Escolar, así como la consulta de páginas web de referencia, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La fisioterapia se ha introducido en el equipo multidisciplinar de los cuidados paliativos, en pacientes con enfermedades terminales neumológicas, enfermedades autoinmunes, tumorales, ya sean congénitas y/o adquiridas.

El objetivo del equipo de cuidados paliativos es tratar el dolor, prevenir las lesiones de piel, las complicaciones respiratorias y cardiovasculares, incentivar y mantener la autonomía física el mayor tiempo posible y educar a la familia en el cuidado del enfermo. Dentro de las capacidades del fisioterapeuta está mantener la movilidad de las articulaciones, evitando rigideces articulares que podrían interferir en una correcta atención del enfermo (3).

La actuación del fisioterapeuta es fundamental en esta etapa de la vida, tanto que el Código de Ética y Deontología de Fisioterapia señala un especial énfasis en la calidad de vida durante todo el proceso (3). El fisioterapeuta se vale de diferentes técnicas como la terapia manual, electroterapia o la cinesiterapia para adaptarse

al momento y situación individual de cada paciente y respondiendo de la forma más adecuada para abordar la patología subyacente (3,4) .

Los fisioterapeutas que trabajan con cuidados paliativos usan los recursos que tiene la fisioterapia para aliviar el dolor, respetando siempre el principio de autonomía a través del consentimiento informado (5).

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos recoge cinco apartados con los aspectos fundamentales de la base terapéutica del paciente que se encuentra dentro de los cuidados paliativos (5,6), entre los que se encuentran la promoción de la autonomía y una concepción terapéutica activa.

Además de retrasar el deterioro físico, como la pérdida de masa muscular y la fuerza, la rigidez articular, la pérdida de capacidades funcionales como la movilidad activa y la deambulación, la introducción de un tratamiento fisioterapéutico en la etapa terminal mejora otras funciones físicas como la deglución, la digestión, la micción, la defecación, los sentidos o el sueño (7,8).

En pacientes con cáncer, un programa de ejercicios es beneficioso para mejorar la calidad de vida y los marcadores de inmunidad, antes, durante y después del tratamiento contra el cáncer. El ejercicio físico también puede ayudar a los pacientes a superar los efectos adversos del tratamiento y reducir la posibilidad de desarrollar nuevos tumores en el futuro (9).

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento fisioterapéutico enmarcado dentro del equipo multidisciplinar de cuidados paliativos aporta unos resultados a corto y medio plazo, como son el bienestar físico y psicológico, el aumento de la autonomía del paciente, la disminución del dolor y una mejora de la calidad de vida, además del incremento en las horas de sueño del mismo. También reporta un mejor mantenimiento de la función cardiovascular, del sistema respiratorio y del manejo de secreciones. Juega también un papel importante de educación y apoyo familiar integrando a la misma en un concepto de actitud activa en esta etapa final de la vida.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Comité de expertos de la OMS en rehabilitación médica: segundo informe. Ginebra: OMS; 1969. Serie de Informes Técnicos: 419. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_419_spa.pdf.
2. ¿Qué es el envejecimiento activo? Bilbao: Gobierno Vasco, 2011 [Internet]. [citado 22 May 2015]. Disponible en: <http://www.envejecimientoactivo2012.net/>

Menu29.aspx.

3. Reis E. A Special place: physical therapy in hospice and palliative care: this undeserved practice area alive with possibilities and opportunities. *Revista PT Magazine of Physical Therapy*. Mar 2007; 15 (3): 42.

4. SILVA, Lizia Fabiola; DA GLÓRIA LIMA, Maria; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Conflitos bioéticos: atendimento fisioterapêutico domiciliar a pacientes em condição de terminalidade. *Revista Bioética*. 2017; 25 (1): 3-7.

5. Velaverde-Garcia J. F., et al. Dificultades para ofrecer cuidados al final de la vida en las unidades de cuidados intensivos. La perspectiva de enfermería. *Gaceta Sanitaria*. 2017; 2 (6): 39-48.

6. Löwensberg k. Rol del fisioterapeuta en cuidados paliativos y en pacientes al final de la vida. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. 2015; 4(1): 48-51.

7. Manchola C., et al. Cuidados paliativos, espiritualidade e bioética narrativa em unidade de saúde especializada. *Revista Bioética*, 2016; 24(1): 26-39.

8. MOTTA J.L, et al. Decision-making in clinical (bio) ethics: contemporary approaches. *Revista Bioética*. 2016; 24(2): 304-314.

9. Al-Mhanna SB, Wan Ghazali WS, Mohamed M, Rabaan AA, Santali EY, H Alestad J, Santali EY, Arshad S, Ahmed N, Afolabi HA. Effectiveness of physical activity on immunity markers and quality of life in cancer patient: a systematic review. *PeerJ*. 2022 Aug 2;10:e13664. doi: 10.7717/peerj.13664. PMID: 35935260; PMCID: PMC9354736.

Capítulo 296

CALIDAD DE VIDA EN EL LINFEDEMA POST-MASTECTOMÍA

ALTEA VELASCO BARROSO

REMEDIOS GRANERO CAMPILLO

LIDIA CALONGE TIREZ

DANIEL MORALES MORENO

MARÍA VILLALBA PUENTE

1 Introducción

El linfedema es una inflamación que se presenta cuando el líquido linfático rico en proteínas se acumula en el tejido intersticial. Es una de las complicaciones del cáncer o su tratamiento menos entendida, relativamente subestimada y menos investigada¹.

El diagnóstico de linfedema se realiza clínicamente y a través de ultrasonografía en la mayoría de los casos. Sin embargo, existen numerosas herramientas de diagnóstico disponibles para la estadificación de la enfermedad. Los estudios más recientes se centran en la prevención del linfedema utilizando técnicas quirúrgicas que utilizan el mapeo inverso axilar para delinear los vasos linfáticos de los vasos linfáticos axilares². Recientemente, ha surgido una nueva tecnología llamada linfangiografía por resonancia magnética en el campo médico para ayudar en el diagnóstico y la gestión. También se evalúa el uso de la elastografía por

ultrasonido para la medición de rigidez cutánea o subcutánea, aunque a día de hoy, la evidencia de esta técnica como herramienta de diagnóstico es baja^{3,4}. La neuropatía periférica, un efecto secundario de muchos agentes quimioterapéuticos, afecta al 60% de los pacientes hasta 3 meses después del tratamiento. La acetil-L-carnitina no se recomienda para prevenir la neuropatía periférica inducida por la quimioterapia, no así el ejercicio, que puede mejorarla, aunque no se han descubierto intervenciones que reviertan o prevengan el daño neurológico⁵. Los niveles de fatiga aumentan con la neuropatía, con síntomas parecidos al síndrome de Raynaud, y con ansiedad y depresión. En este aspecto, los datos también demuestran que la actividad física reduce la fatiga, obteniéndose a su vez beneficios cardiovasculares significativos. El equilibrio es otro de los componentes que puede verse afectado por la neuropatía periférica y debilidad general, por ello es importante adaptar la prescripción para mejorar y restablecer también esta función, basándose en la musculatura paravertebral y pélvica⁶.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es determinar los tratamientos más efectivos para mejorar la calidad de vida del paciente con linfedema.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática en páginas web de carácter oficial y de artículos en la base de datos Pubmed, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Como tratamientos más novedosos, las investigaciones muestran un uso cada vez mayor de la terapia láser de bajo nivel (LLLT), comúnmente conocido como terapia fotobiomodulación⁷ (PBM). En el estudio de Baxter et al⁷, los resultados indicaron que PBM fue efectivo en la reducción de la circunferencia de la extremidad, alivio del dolor y disminución de la inflamación de la extremidad a corto plazo, de modo que podría considerarse un tratamiento efectivo para mujeres con linfedema post-mastectomía.

Otras técnicas como la, Linfangiografía, Elastografía por ultrasonido⁸, la acupresión, acupuntura, moxibustión o la administración de Diosmina, también se han evaluado recientemente tanto como para el diagnóstico enfocado al planteamiento del tratamiento, como para el tratamiento en si del linfedema post-mastectomía⁹. Existen estudios que avalan la efectividad de la acupresión y la acupuntura en la reducción de las náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia, apuntando a que la acupuntura podría ser un complemento prometedor o alternativa a los métodos de tratamiento de linfedema convencionales, si se confirma su efectividad. La aplicación conjunta de acupuntura y moxibustión ha demostrado ser beneficiosa y segura para tratar el linfedema post-mastectomía, y con beneficios mucho mayores que un tratamiento a base de Diosmina en cuanto al perímetro de circunferencia del brazo, rango de movimiento del hombro, calidad de vida, seguridad clínica y eventos adversos¹⁰.

Por otra parte, existe un creciente cuerpo de evidencia que apoya el uso de terapias integradoras, especialmente terapias mente-cuerpo, como estrategias efectivas de cuidados de apoyo durante el tratamiento del cáncer de mama: musicoterapia, meditación, y el yoga son recomendados para manejar la ansiedad y reducir el estrés. Así mismo, se recomienda la meditación, la relajación, el yoga, los masajes y musicoterapia para la depresión, trastornos del estado de ánimo y mejora de la calidad de vida⁶. Según los datos que recogen algunas de las últimas revisiones o la guías de práctica clínica “Clinical Practice Guidelines on the Evidence-Based Use of Integrative Therapies During and After Breast Cancer Treatment”¹¹ en cuanto al tratamiento del linfedema post-mastectomía o la Society for Integrative Oncology¹², las actuaciones con más impacto en la reducción de los efectos secundarios y calidad de vida provenientes de esta secuela vienen de la mano del ejercicio terapéutico para el manejo de trastornos como la ansiedad, estrés, depresión, trastornos del estado de ánimo, fatiga, calidad de vida, funcionamiento físico, náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia, linfedema, neuropatía periférica inducida por quimioterapia, dolor y alteración del sueño¹³.

Según el trabajo de Schwartz et al, queda evidenciado que el trabajo de resistencia de intensidad moderada mejora el rendimiento muscular, el IMC, parámetros psicosociales o biomarcadores sanguíneos. Sólo se requiere una cantidad moderada de actividad física para lograr muchos de los beneficios protectores del ejercicio. Caminar durante 30 min 5 días/semana a una velocidad de aproximadamente 2.5 millas/hora brinda beneficios de salud y es un objetivo alcanzable para la mayoría de las supervivientes al cáncer¹⁴. Además, las directrices recomiendan ejercicios de flexibilidad para los principales grupos musculares, así como de equilibrio

para las más mayores con mayor riesgo de caídas, aunque podrían incluirse para personas de cualquier edad. Durante el período en el que los pacientes están más débiles, ejercicios simples como caminar 3 o 4 días/semana pueden evitar la merma de la capacidad funcional.

También cabe destacar que cada vez se le da más importancia a la adaptación de los programas al entorno social y las necesidades de cada persona en la comunidad, como por ejemplo el “Restoring Balance”, un programa de ejercicio para supervivientes de cáncer desarrollado específicamente para nativos americanos¹⁵.

5 Discusión-Conclusión

Existe un amplio abanico de opciones terapéuticas para mejorar la vida del paciente con linfedema. Las técnicas más novedosas incluyen tecnología como fotobiomodulación, linfangiografía y elastografía por ultrasonido, y también avanza la terapia de administración de Diosmina. Además, existe una corriente de tratamiento que propone un abordaje integrador que incluye acupresión, moxibustión y ejercicio físico, especialmente trabajo de resistencia de intensidad moderada, flexibilidad para los principales grupos musculares, así como de equilibrio, además de terapias integrativas de mente-cuerpo recomendadas para manejar la ansiedad y reducir el estrés, todo ello en un enclave de programas adaptados al entorno social y comunitario de los afectados.

6 Bibliografía

1. Tratamiento del linfedema [Internet]. Instituto nacional del cáncer. Actualizado el 24 de noviembre de 2021. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios/linfedema/linfedema-pro-pdq>
2. Lurie F, Malgor RD, Carman T, Dean SM, Iafrati MD, Khilnani NM, Labropoulos N, Maldonado TS, Mortimer P, O'Donnell TF Jr, Raffetto JD, Rockson SG, Gasparis AP. The American Venous Forum, American Vein and Lymphatic Society and the Society for Vascular Medicine expert opinion consensus on lymphedema diagnosis and treatment. *Phlebology*. 2022 May;37(4):252-266. doi: 10.1177/02683555211053532. Epub 2022 Mar 8. PMID: 35258350; PMCID: PMC9069652.
3. Kayıran O, De La Cruz C, Tane K, Soran A. Lymphedema: From diagnosis to treatment. *Turk J Surg*. 2017; 33(2): 51–57.

4. Shallwani SM, Towers A, Newman A, et al. Feasibility of a Pilot Randomized Controlled Trial Examining a Multidimensional Intervention in Women with Gynecological Cancer at Risk of Lymphedema. *Curr Oncol*. 2021;28(1):455-470. Published 2021 Jan 13. doi:10.3390/curroncol28010048<
5. Mandelblatt JS, Zhai W, Ahn J, et al. Symptom burden among older breast cancer survivors: The Thinking and Living With Cancer (TLC) study. *Cancer*. 2020;126(6):1183-1192. doi:10.1002/cncr.32663
6. Greenlee H, DuPont-Reyes MJ, Balneaves LG, Carlson LE, Cohen MR, Deng G, et al. Clinical Practice Guidelines on the Evidence-Based Use of Integrative Therapies During and After Breast Cancer Treatment. *CA Cancer J Clin*. 2017 May 6; 67(3):194-232.
7. Baxter GD, Liu L, Petrich S, Gisselman AS, Chapple C, Anders JJ, et al. Low level laser therapy (Photobiomodulation therapy) for breast cancer-related lymphedema: a systematic review. *BMC Cancer*. 2017 Dec 7; 17(1):833.
8. DeJong HM, Abbott S, Zelesco M, Kennedy BF, Ziman MR, Wood FM. The validity and reliability of using ultrasound elastography to measure cutaneous stiffness, a systematic review. *Int J Burns Trauma*. 2017;7(7): 124.
9. Yao C, Xu Y, Chen L, Jiang H, Ki CS, Byun JS, et al. Effects of warm acupuncture on breast cancer-related chronic lymphedema: a randomized controlled trial. *Curr Oncol*. 2016 Feb; 23(1):e27-34.
10. Zhu H, Li J, Peng Z, Huang Y, Lv X, Song L, et al. Effectiveness of acupuncture for breast cancer related lymphedema: protocol for a single-blind, sham-controlled, randomized, multicenter trial. *BMC Complement Altern Med*. 2017 Sep 21; 17(1):467.
11. Clinical Practice Guidelines on the Evidence-Based Use of Integrative Therapies During and After Breast Cancer Treatment
12. Society for Integrative Oncology
13. Mao JJ, Ismaila N, Bao T, Barton D, Ben-Arye E, Garland EL, Greenlee H, Leblanc T, Lee RT, Lopez AM, Loprinzi C, Lyman GH, MacLeod J, Master VA, Ramchandran K, Wagner LI, Walker EM, Bruner DW, Witt CM, Bruera E. Integrative Medicine for Pain Management in Oncology: Society for Integrative Oncology-ASCO Guideline. *J Clin Oncol*. 2022 Dec 1;40(34):3998-4024. doi: 10.1200/JCO.22.01357. Epub 2022 Sep 19. PMID: 36122322.
14. Dos Santos WDN, Gentil P, de Moraes RF, Ferreira Júnior JB, Campos MH, de Lira CAB, et al. Chronic Effects of Resistance Training in Breast Cancer Survivors. *Biomed Res Int*. 2017; 2017: 8367803.
15. Bea JW, de Heer HD, Lane T, Charley B, Yazzie E, Yellowhair J, et al. Restoring Balance: a wellness program for Native American cancer survivors. Exercise,

Sport, and Movement. 2023; DOI:10.1249/ESM.0000000000000007

Capítulo 297

EFECTIVIDAD DE TERAPIA MANUAL EN PACIENTES CON ARTROSIS DE RODILLA

SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA

MARIO GARCÍA MARTÍN

JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA

MIRIAN MORATO LÓPEZ

1 Introducción

La artrosis u osteoartritis es una de las enfermedades más comunes del aparato locomotor que produce una degeneración articular y en especial en la región de la rodilla. Esta enfermedad suele afectar a personas de mediana y longeva edad, generando dolor, discapacidad. En torno al 10 por ciento de los adultos presentan una artrosis moderada o grave que va incrementando la incidencia hasta la edad de entre 50 y 55 años aproximadamente.

La causa de la artrosis se puede dividir en idiopática o secundaria a traumatismos mayoritariamente, aunque también puede ser debido a enfermedades congénitas, metabólicas, endocrinas o iatrogénicas. En la articulación de la rodilla conlleva un componente genético importante.

La sintomatología de la artrosis en la rodilla suele ser dolor como punto principal que aparece mayoritariamente con la actividad y cede en reposo, rigidez matutina, inestabilidad y contractura muscular.

El tratamiento convencional conlleva medicación, tratamiento quirúrgico y fisioterápico en el cual indagaremos más. Dentro del tratamiento fisioterápico para pacientes con artrosis de rodilla es la terapia manual, consiste en técnicas en las cuales el profesional sanitario solo utiliza sus manos para disminuir el dolor. Han demostrado que la terapia manual podría reducir el dolor, aliviar la rigidez y mejorar la condición física función.

2 Objetivos

Conocer la efectividad de técnicas de fisioterapia como la terapia manual en pacientes con artrosis de rodilla.

3 Metodología

Se ha buscado en diferentes bases de datos como Pubmed o Google Scholar aquellos artículos en los que se habla de la terapia manual en pacientes con artrosis de rodilla. Encontrando 5 artículos de mayor interés en los cuales la terapia manual es el contacto con los tejidos blandos, huesos y articulaciones con las manos, brazos o codos de los terapeutas para mejorar el efecto terapéutico.

4 Resultados

Los resultados de los diferentes estudios se pueden dividir en función de la sintomatología comentada en la introducción.

El apartado de mayor importancia y más evaluado que nos encontramos en los estudios es el dolor que genera la artrosis de rodilla. En la mayoría de estudios se observa la disminución en un corto plazo con terapia manual inferior a cuatro semanas. Pero en aquellos grupos en los cuales se les realizó el tratamiento prolongado en el tiempo más de 4 semanas consiguieron una diferencia significativa mayor con respecto a aquellos grupos que el tratamiento fue inferior a esas 4 semanas.

Otra de la sintomatología con mayor prevalencia en la artrosis de rodilla es la ya comentada rigidez articular. En la cual se encontraron efectos positivos superiores en aquellos pacientes que obtuvieron tratamiento de terapia manual versus a aquellos pacientes que se encontraban en el grupo control o grupo placebo. El lado menos positivo fue que el efecto no fue duradero y no consiguió mejorar la movilidad después de 4 semanas.

Por último, la funcionalidad de estos pacientes también se consiguió mejorar significativamente. En este caso, al igual que con el dolor durante un periodo de tiempo superior a cuatro semanas. Se consigue de esta manera mejorar un aspecto poco evaluado en los estudios como es la calidad de vida que va estrechamente ligado con variables como dolor, funcionalidad o rigidez articular. Todo esto hace, que la terapia manual consiga una evidencia moderada y respaldada para pacientes que tienen artrosis de rodilla. Es importante destacar que con el mismo tratamiento no toda la sintomatología consiguió remitir de igual manera, por lo que este tratamiento tendría más evidencia como tratamiento a corto plazo.

5 Discusión-Conclusión

Se ha visto en algunos estudios la mejoría de sintomatología como dolor, rigidez articular o funcionalidad con el tratamiento manual para la artrosis de rodilla, pero en otros, sin embargo, no queda clara esta mejoría de manera estadística. La mejoría sí se encontró mayoritariamente en un periodo de tiempo corto, no teniendo influencia más allá de las 4 semanas.

Es por esto mismo que es necesario realizar más estudios en este ámbito tanto con las mismas variables como añadiendo algunas que son de gran interés como la discapacidad que genera la artrosis. Por último, también sería de gran interés estudiar la combinación de tratamientos como el ejercicio junto con la terapia manual.

6 Bibliografía

- 1.Darlow B, Brown M, Thompson B, Hudson B, Grainger R, McKinlay E, Abbott JH. Living with osteoarthritis is a balancing act: an exploration of patients' beliefs about knee pain. BMC Rheumatol. 2018 Jun 12;2:15. doi: 10.1186/s41927-018-0023-x. PMID: 30886966; PMCID: PMC6390552.
- 2.Runge N, Aina A, May S. The Benefits of Adding Manual Therapy to Exercise Therapy for Improving Pain and Function in Patients With Knee or Hip Osteoarthritis: A Systematic Review With Meta-analysis. J Orthop Sports Phys Ther. 2022 Oct;52(10):675-A13. doi: 10.2519/jospt.2022.11062. Epub 2022 Jul 26. PMID: 35881705.
- 3.Xu Q, Chen B, Wang Y, Wang X, Han D, Ding D, Zheng Y, Cao Y, Zhan H, Zhou

Y. The Effectiveness of Manual Therapy for Relieving Pain, Stiffness, and Dysfunction in Knee Osteoarthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pain Physician*. 2017 May;20(4):229-243. PMID: 28535547.

4.Wang Q, Wang TT, Qi XF, Yao M, Cui XJ, Wang YJ, Liang QQ. Manual Therapy for Hip Osteoarthritis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Pain Physician*. 2015 Nov;18(6):E1005-20. PMID: 26606015.

5.Skou ST, Roos EM. Physical therapy for patients with knee and hip osteoarthritis: supervised, active treatment is current best practice. *Clin Exp Rheumatol*. 2019 Sep-Oct;37 Suppl 120(5):112-117. Epub 2019 Oct 15. Erratum in: *Clin Exp Rheumatol*. 2020 Sep-Oct;38(5):1036. PMID: 31621559.

Capítulo 298

FISIOTERAPIA EN UN PACIENTE QUE SUFRE UN CANCER DE PULMÓN

LAURA LOPEZ SANCHEZ

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 en un paciente con cáncer de pulmón.

El cáncer de pulmón es considerado el cáncer más común en el mundo. Tiene una alta tasa de mortalidad y morbilidad en las poblaciones afectadas, particularmente en Estados Unidos y Europa.

2 Objetivos

- Revisar la literatura científica disponible actualmente para el tratamiento fisioterapéutico en pacientes con cáncer de pulmón en etapa avanzada.
- Evidenciar la efectividad del abordaje fisioterapéutico desde la Fisioterapia Respiratoria.

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

A continuación, se muestran los resultados obtenidos tras la revisión de los artículos seleccionados que cumplen con los criterios de inclusión. Se comparan los estudios atendiendo a las distintas variables de cada uno de ellos con el objetivo de identificar cuáles tienen resultados favorables para el abordaje con tratamiento fisioterapéutico en el cáncer avanzado de pulmón y cuidados paliativos.

En el ámbito de los cuidados paliativos de estos pacientes, las principales intervenciones fisioterapéuticas incluyen: técnicas de fisioterapia respiratoria como el control y entrenamiento de la respiración, el fortalecimiento de los músculos respiratorios, el control de la tos, el manejo de las emociones y el estrés.

El objetivo era evaluar cómo el uso de la rehabilitación pulmonar mejoraba los síntomas asociados a los estadios más avanzados del cáncer de pulmón mientras los pacientes recibían quimioterapia semanal. Veinte personas fueron selec-

cionadas para el estudio y divididas en dos grupos: el grupo experimental constaba de 12 pacientes y el grupo de control constaba de los 8 pacientes restantes. El tratamiento se basa en entrenamiento con estacas de esquí y ejercicios respiratorios. Las sesiones de quimioterapia se administraron consecutivamente a ambos grupos durante las 8 semanas del estudio. Los principales hallazgos fueron aumento de la movilidad y FEV1, una disminución del grado de disnea y mejora general de la calidad de vida de los pacientes.

Otro estudio buscó integrar un programa de ejercicios en casa para trabajar la fuerza y la deambulación, aumentando su intensidad de manera progresiva en el tiempo y bajo supervisión controlada, mediante llamadas mensuales realizadas por los fisioterapeutas. Los resultados obtenidos fueron una mejoría significativa de la movilidad, una disminución de la fatiga y una mejora en la calidad del descanso de los pacientes.

La fatiga es uno de los síntomas comúnmente asociados con el cáncer de pulmón y empeora a medida que avanza la enfermedad. Un programa de Fisioterapia basado en ejercicios activos, PNF (facilitación neuromuscular propioceptiva) y terapia miofascial, encontró que el nivel de fatiga disminuía progresivamente, junto con otros síntomas asociados como el dolor, la depresión, la disminución del apetito y el insomnio.

5 Discusión-Conclusión

Tras los resultados obtenidos, se puede concluir que es efectivo el tratamiento fisioterapéutico de forma general sobre el cáncer de pulmón en etapa avanzada. La fisioterapia respiratoria resultó ser beneficiosa para dicho tratamiento, mejorando de forma significativa la movilidad y disminución de fatiga en el paciente. En los demás estudios se observó que realizando ejercicios activos junto con terapia miofascial, disminuyeron los síntomas de depresión y dolor, aumentando la calidad de sueño, así como los ejercicios de trabajo MMSS y MMII junto con TENS, mejoraron también dichos resultados.

Con este estudio podemos deducir que para un paciente con cáncer de pulmón, la fisioterapia realizada de forma combinada con programas de ejercicios mejora la movilidad, el rendimiento y la independencia funcional, la disnea, la fatiga, la calidad del sueño, el dolor y el estado emocional y con todo ello la calidad y bienestar del paciente disminuyendo los efectos secundarios de la enfermedad.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 299

EL FISIOTERAPEUTA EN ATENCIÓN PRIMARIA

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 del fisioterapeuta en atención primaria. La Atención Primaria forma parte de nuestro Sistema Nacional de Salud y es el primer contacto que la persona tiene con este sistema, por ello debe ser integral, continuada y accesible.

2 Objetivos

- El objetivo principal de esta revisión bibliográfica consiste en mostrar cuáles son las funciones del Fisioterapeuta en la Atención Primaria (AP).

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La Atención Primaria debe dar respuestas a las necesidades de la población en cuanto a salud se refiere, no solo con actividad asistencial sino también con promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Por ello el equipo de salud que forma la Atención Primaria debe ser multidisciplinar formado por médicos, enfermeras, odontólogos, pediatras, auxiliares, asistente Social, etc., para dar cabida a los problemas tanto en el ámbito sanitario o sociosanitario y entre ellos se encuentra el Fisioterapeuta de Atención Primaria.

Este es el encargado de hacer posibles los pilares de la Atención Primaria como son la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Depende directamente del Gerente de Atención Primaria a través de su dirección de enfermería y funcionalmente de los coordinadores de los equipos de AP.

El Fisioterapeuta deberá prestar su atención en el centro de AP y si es necesario en el domicilio del propio paciente.

La derivación de los usuarios a la consulta de fisioterapia es realizada por el especialista o médico de AP cuando consideren que es una patología susceptible de tratamiento en función de los medios disponibles y siguiendo los protocolos

correspondientes. En ningún caso podrán ser atendidos por el fisioterapeuta sin un volante de su médico.

Van a existir una serie de patologías susceptibles de tratamiento en Atención Primaria como pueden ser:

Patologías crónicas osteoarticulares como artritis, artrosis, trastornos mecánicos de columna cervical o lumbar, tendinosis, esguinces etc. así como otra serie de criterios generales de exclusión de tratamiento de fisioterapia en Atención Primaria como son entre otros los trastornos neoplásicos, insuficiencia cardiopulmonar severa, sospecha de fracturas luxaciones o roturas tendinosas, sospecha de compromiso nervioso o vascular o cirugía ortopédica o plástica reciente, etc. tampoco se derivará al paciente por una misma patología antes de 6 meses a no ser que el fisioterapeuta lo indique.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir este trabajo hay que destacar la importancia que tiene el personal de fisioterapeuta en la rehabilitación de un paciente dentro del área de atención primaria.

Para que este personal realice adecuadamente su trabajo en atención primaria de un centro hospitalario, es importante que tenga las siguientes cualidades:

- Ha de tener un especial interés por la ciencia y unas buenas aptitudes para el aprendizaje científico, sobre todo en biología.
- Es necesario que tenga buena paciencia y compasión para así poder ayudar a los pacientes que están algo ansiosos a la hora de tener que hacer ejercicios que son dolorosos o difíciles.
- Ha de tener la habilidad de saber escuchar.
- Una buena capacidad de poder explicarse con total claridad.
- Buenas habilidades de comunicación escrita para poder redactar los informes correctamente.
- Saber trabajar en equipo para poder coordinarse con el personal médico, enfermería y otros profesionales de la salud.

6 Bibliografía

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

Capítulo 300

MASAJE PERINEAL POR PARTE DEL FISIOTERAPEUTA

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 del masaje perineal.

El masaje perineal es una técnica que se utiliza para aumentar la elasticidad del suelo pélvico y, así, prepararlo para el momento del parto. Mediante esta técnica se consigue normalizar las tensiones musculares y fasciales, consiguiendo así la vascularización y elasticidad de los tejidos vaginales.

2 Objetivos

Analizar la importancia de aplicar masaje perineal en la consulta de fisioterapia para la prevención del desgarro muscular en el parto y la reducción de las tensiones en posibles disfunciones del suelo pélvico.

3 Metodología

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

A lo largo de la revisión se encuentran varios beneficios que aporta el masaje perineal como son la mejora de la elasticidad de los tejidos, aumenta la vascularización de la zona al aumentar el riego sanguíneo y el oxígeno en la zona lo que prepara y mejora la cicatrización y también, ayuda a la propiocepción, es decir, facilita el reconocimiento del suelo pélvico, lo que es muy importante para mejorar la sexualidad y para reconocer tanto lo normal como la disfunción de esta zona, que a veces está olvidada.

Para la aplicación de masaje perineal se utiliza un lubricante de base acuosa. El fisioterapeuta de manera bidigital introducirá sus dedos de manera que llegue a la musculatura superficial y profunda de manera interna y también se llevará a cabo de manera externa. Es importante evitar manipular el meato urinario para prevenir sepsis y no se debe masajear el periné si presenta lesiones activas tipo herpes.

Entre las maniobras a aplicar, se puede comenzar de manera externa a través de deslizamientos en el núcleo fibroso central, masaje por todo el pubis en forma

de círculos y en glúteos. Y de manera interna se trabaja la musculatura profunda con fricciones transversas y estiramientos, llevando a cabo un deslizamiento en forma de media “U” a un lado y otro, de “U” completa y de tracciones.

También, se trabaja la musculatura superficial llevando a cabo una presa en pinza y se hace un rodamiento de dicha musculatura.

Estará indicado y con buenos resultados en pacientes con dolor pélvico crónico, en hipertonías del suelo pélvico y en mujeres gestantes a partir de la semana 32-34, durante un máximo de 5-10 minutos, siendo seguro tanto para la madre como para el feto y debe ser bien tolerado por la mujer.

5 Discusión-Conclusión

Durante mucho tiempo ha habido controversia en cuanto a la utilización del masaje perineal en la etapa gestacional, pero los últimos estudios avalan su utilización, ya que reduce la tensión muscular y mejora la elasticidad de la zona perineal, reduciendo el traumatismo perineal en la mujer embarazada, de la misma manera mejora síntomas como el dolor pélvico o dolor en las relaciones sexuales. Pero no hay diferencias significativas en la incidencia de partos instrumentados, incontinencia en el postparto o satisfacción en las relaciones sexuales.

Por tanto, es fundamental la figura del fisioterapeuta para realizar el masaje perineal para el tratamiento de las disfunciones del suelo pélvico que pueden aparecer a lo largo de la vida de la mujer, como en la prevención de lesiones perineales en la etapa gestacional.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 301

MEDIDAS ANTICOID POR PARTE DEL ODONTÓLOGO EN LA CONSULTA DENTAL

M^a TERESA ALONSO CARBAJAL

1 Introducción

Se define como enfermedad por coronavirus aquella enfermedad infecciosa que se produce por el virus denominado SARS-CoV-2 o conocida comúnmente como covid-19.

Se definen como medidas anticovid aquellas prácticas, precauciones o estrategias utilizadas o destinadas a evitar el contagio por el SARS-CoV-2

Los primeros casos de personas contagiadas por covid-19 datan de diciembre del dos mil diecinueve, en concreto en China, en la ciudad de Wuhan, donde fueron identificados los primeros casos vinculados en la mayoría de las ocasiones con el mercado mayorista de mariscos de Wuhan. Tras estos primeros casos se fueron identificando más por todo el país, y extendiéndose por otros países, siendo declarada por la Organización Mundial de la Salud el cinco de mayo del dos mil veinte como pandemia, aunque desde Enero del mismo año se consideraba ya como una emergencia de salud pública mundial. Ha sido necesario adoptar distintas estrategias y medidas preventivas, que fueron cambiando según las fases de la pandemia. Se han tenido que adoptar medidas anticovid en la población general, pero más aún entre profesionales de la salud. En el campo de salud bucodental se han de mantener más precauciones, puesto que el virus coloniza la cavidad oral. Diferentes sectores, como son la sanidad y el sector servicios, han tenido que extremar los cuidados, con el fin de evitar la propagación entre la

población vulnerable. Entre esas medidas preventivas encontramos el uso de la mascarilla, mantener la distancia social e incluso el aislamiento en aquellos casos en que la persona ha sido infectada o contagiada con el covid-19 (además del confinamiento que ha habido en las primeras etapas de la enfermedad). Con la disminución de la incidencia entre la población, o la menor gravedad de los casos, se han ido modificando las medidas de seguridad.

2 Objetivos

Los objetivos a la hora de realizar de este trabajo son los mencionados a continuación:

- Establecer las medidas preventivas a adoptar por parte del odontólogo, así como todo el personal que trabaja en la consulta dental, durante el desarrollo de su jornada laboral.
- Determinar los pasos a seguir si el odontólogo u otro personal de la consulta dental se ha contagiado de covid-19

3 Metodología

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

4 Resultados

Una vez concluido el confinamiento, en que solo se atendían casos muy urgentes y con cuidados que trataban de evitar la generación de aerosoles, se ha ido, poco a poco, retomando todo tipo de tratamiento habitual dentro de una consulta dental. En cuanto a las medidas aplicadas en la consulta dental en tiempos de covid-19 por parte del odontólogo y el resto del personal de la consulta dental, mencionar las siguientes:

- Uso de EPIs que incluye doble mascarilla FFP2 y quirúrgica, dos pares de guantes, bata impermeable, gafas o pantalla de protección, durante la realización de los diferentes tratamientos, sobre todo los que implican generación de aerosoles. En

cuanto a la mascarilla FFP2 se considera que la eficacia frente al virus es en torno al noventa y nueve por ciento.

- Esterilización de material, ya que elimina prácticamente el cien por cien de la presencia de todo tipo de bacterias o virus. Aunque esta es una medida que ya se utilizaba, se hace especial hincapié en que todo el material se esterilice tras ser usado con un paciente. Y el que no admita autoclave ha de someterse a productos de esterilización en frío, o si es posible usar material monouso.

- Aforo limitado en sala de espera y gabinete clínico, acompañado de distancia de un metro y medio, distancia por debajo de la cual aumenta el riesgo de contagio.

- Uso de mascarilla quirúrgica a los pacientes, ya que su eficacia de protección se sitúa en torno al noventa y seis por ciento. Actualmente, ya no es obligatoria, pero sí sería recomendable si han de permanecer en sala de espera más de un grupo de convivencia.

- Desinfección previa de la cavidad bucal con colutorio (ej. cloruro de cetilperidinio), ya en la mucosa oral hay receptores de SARS- COCV2, además de ser reservorio habitual de infinidad de bacterias.

En cuanto a las medidas a adoptar, tanto por el odontólogo, como por todo aquel personal que trabaje en la consulta, ante la sospecha, o confirmación de contagio por covid-19, serían las expuestas a continuación:

- No acudir al trabajo, ya que puede contagiar al resto de trabajadores o pacientes.

- Avisar a nuestro superior o al equipo de prevención de la empresa para que las personas que hayan estado en contacto realicen las pruebas necesarias para descartar el contagio y evitar la proliferación de casos.

- Aislarse el tiempo necesario que nos establezca el médico. Han cambiado los tiempos, desde el inicio de la enfermedad hasta ahora.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de que el COVID-19 ha supuesto un gran impacto entre toda la población, a distintos niveles, tanto en el campo de salud física y mental, como económico y personal, no debemos olvidar que en la consulta dental estamos expuestos constantemente a múltiples riesgos biológicos y agentes patógenos de otra índole, que probablemente no conocemos, o no tenemos en cuenta de forma habitual, por lo que sería interesante (aunque la incidencia de este virus, o la severidad de la patología causada por él sea menor) mantener gran parte de las medidas preventivas como son el uso de mascarilla FFP2 y el lavado de manos antes y después de atender al paciente o la protección ocular.

Capítulo 302

CONSEJOS TRAS UNA EXTRACCIÓN DENTAL POR PARTE DEL ODONTÓLOGO

M^a TERESA ALONSO CARBAJAL

1 Introducción

La exodoncia, conocida normalmente como extracción dental, es una técnica quirúrgica para eliminar un diente que causa problemas en la cavidad bucodental y que preferentemente se realizará cuando no existe posibilidad de solucionar el problema con otras medidas conservadoras.

La realización de este tipo de procedimiento, tanto en la consulta dental privada, como en el departamento de Salud Bucodental de Atención Primaria, es necesario cuando por diferentes motivos no se pueda mantener ese diente en boca. Nos referimos tanto a población infantil, como adulta. Lamentablemente, la prevención en nuestro país no ha logrado concienciar a la población de los cuidados personales y revisiones periódicas para evitar llegar a la pérdida de sus dientes. En ocasiones las extracciones se hacen en piezas sanas por falta de exfoliación de algún diente deciduo, por requerimientos de ortodoncia, o por tratamientos rehabilitadores. En la mayoría de ocasiones se trata de dientes con caries o problemas periodontales.

El instrumental utilizado para realizar dichas extracciones ha ido evolucionando con el paso de los años y la investigación en este campo. La aparición de tratamientos conservadores surgen en mil setecientos veinte ocho tras la publicación del libro escrito por Piene Fauchard, el cual explicaba los pasos para realizar diferentes tratamientos en la población. Es importante recordar que la

odontología ha estado y está en continua evolución, tanto por lo que respecta al material como a las técnicas a utilizar en los diferentes procedimientos.

2 Objetivos

- Definir los cuidados o recomendaciones que el odontólogo debe dar a un paciente sometido a tratamiento de extracción dental o exodoncia.
- Identificar las razones por las que se tiene que llevar a cabo la extracción de una o varias piezas dentales.

3 Metodología

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

4 Resultados

Tras la lectura de varios estudios realizados sobre las etiologías que llevan a la realización de este tipo de cirugía o tratamiento (extracción o exodoncia) entre la población, podemos determinar que son las siguientes:

UNO-En poblaciones con edades comprendidas entre los seis y los doce años, la causa de la extracción en el veinticinco por ciento de los casos es la aparición de caries en una o varias piezas dentales, cuyo porcentaje asciende a un setenta y dos por ciento en el caso de aquellos que son portadores de ortodoncia

DOS-En pacientes en edades comprendida entre los quince años o más, la ortodoncia supone el sesenta y dos por ciento de los casos de extracción

TRES-De las extracciones realizadas, el ochenta y nueve por ciento se realizan en dientes temporales, frente al diez por ciento aproximadamente que se realiza en diente permanente. Estamos refiriéndonos a la población infantil.

CUATRO-En cuanto al rango de edad de las extracciones dentales, el cuarenta y cinco por ciento corresponde a niños de entre seis y nueve años, mientras que el veintidós por ciento a edades comprendidas entre cero y cinco años

CINCO-En cuanto a las piezas dentales que se extraen, cerca del sesenta por ciento de este tipo de tratamientos se realizan en incisivos centrales o laterales.

SEIS-En cuanto a los adultos, en el sesenta y dos por ciento de los que se realizan es debido a la aparición de caries, otro veinte por ciento debido a enfermedades periodontales y otro dieciocho por otras causas.

En cuanto a los cuidados que deben tener los pacientes sometidos a una extracción dental, los pasos a seguir son los mencionados a continuación:

UNO-Morder una gasa durante al menos veinte minutos, ya que al presionar se colabora a detener la hemorragia.

DOS-No escupir, ni enjuagar, para evitar eliminar el coágulo que se forma y es necesario para la cicatrización por segunda intención. Prevenimos así algunas de las complicaciones por alveolitis seca.

TRES-Evitar comidas o bebidas calientes en las primeras horas tras la extracción.

CUATRO- Si la evolución no parece ser la adecuada, acudir al odontólogo para que nos revise y vea si es necesario medicar por existir infección, postextracción. O en caso de hemorragia se procederá a tratamiento hemostático o sutura.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de que en muchas ocasiones la pieza dental que presenta algún tipo de problema y no se puede realizar ningún tratamiento conservador, ya que su deterioro es avanzado, será importante para evitar problemas en las demás piezas dentales, acudir anualmente a nuestro dentista, de manera rutinaria antes de tener ningún síntoma. O ante cualquier dolor o molestia, porque si abordamos el problema en sus inicios, quizá podamos aportar una solución que evite la pérdida de dientes. Es importante recordar, que por mucho que haya avanzado la rehabilitación en el campo de prótesis dental, tanto en técnicas, como en materiales, nada es mejor que conservar nuestros propios dientes.

6 Bibliografía

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

Capítulo 303

PRIMEROS AUXILIOS PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO: SUICIDIO

DANIEL GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

El suicidio ha sido durante mucho tiempo un tema “tabú” en nuestra sociedad, tanto en las instituciones educativas como políticas. Pero lo cierto es que, en los últimos años, y más concretamente durante y después de la pandemia del Covid-19, la salud mental y, por ende, el suicidio, ha recobrado importancia tanto a nivel nacional como mundial.

El suicidio es un tema que se puede estudiar en muchos ámbitos, es un problema que no entiende de edad, sexo, ideología o religión. Es un problema que puede ser consecuencia de numerosos factores actuales que vivimos en nuestro día a día, tanto nosotros mismos, como nuestros familiares, amigos y conocidos. El bullying o acoso escolar, la ansiedad, la baja autoestima, un trastorno de la conducta alimentaria, problemas familiares, no tener un buen trabajo o un buen sueldo que te permita alcanzar ciertas metas en la vida que uno considera como “triunfo”, no llegar a fin de mes o, simplemente no poder pagar una hipoteca, son problemas diarios que ocurren en nuestra sociedad y claramente pueden ser y han sido consecuencias de algo tan terrible como es el suicidio.

En España existe la línea 024, creada por el Ministerio de Sanidad con el objetivo de dar atención a las personas que tengan conductas suicidas. El método empleado para el funcionamiento de esta línea es la escucha activa de los profesionales que están trabajando en esa línea a las personas que llamen, recomen-

darán que acudan a centros sanitarios o derivarán al 112 en caso de emergencia, entre otras acciones. Es una línea confidencial, totalmente gratuita y en funcionamiento las 24 horas del día, los 365 días del año.

En este trabajo vamos a hablar de la epidemiología del suicidio en personas LGTB. En primer lugar, hay que destacar que la mayor parte de las personas que pertenecen a este colectivo y experimentan o han experimentado situaciones como bullying, discriminación, rechazo de familiares y amigos, realmente no tienen tendencias suicidas. El problema está en que la mayoría de los medios sugieren que el suicidio es un mecanismo de respuesta natural frente a estos factores, y hay muchas personas que pueden sentirse identificadas y considerar el suicidio como una solución a esos factores que le hacen daño.

No podemos conocer cuántas personas LGTB se suicidan, puesto que no hay datos oficiales, al no considerar para la identificación de datos la orientación sexual o identidad de género.

El intento de suicidio juvenil es muy alto tanto en España, como en el mundo. Centrándonos en mi caso clínico, el suicidio en persona LGTB es muy elevado, ya que por desgracia es un factor de riesgo debido a la no aceptación de la sociedad de las personas que sienten atracción por personas de su mismo sexo. El hecho de no sentirse querido y aceptado por tu entorno por el simple hecho de ser homosexual, crea en la persona una frustración que le acompañará de por vida y que, si no se trata a tiempo, puede ser un trauma que le acompañe hasta la vejez. En mi caso clínico vamos a hablar de Álvaro, un chico de 19 años que ha intentado quitarse la vida un par de veces a causa de los problemas que le ha causado su orientación sexual en su entorno social y familiar. Debido a la frustración que le ha causado no sentirse querido por su entorno, Álvaro decide un día acabar con su vida por sobredosis de medicamentos. En este trabajo detallaré, en medida de lo posible, el protocolo que se sigue en un hospital en Urgencias, así como las funciones de los profesionales que intervienen en el caso (destacando las funciones del Técnico en Documentación y Administración Sanitaria), tras la llegada de Álvaro a urgencias por intento de suicidio, describiendo los documentos que se generan en la atención, tratamiento de la patología, las pruebas que se realizan, la codificación, atención psicosocial, etc.

2 Objetivos

Conocer como personal que trabaja en un centro hospitalario algunas cuestiones básicas acerca de la prevención de riesgos laborales y primeros auxilios, en lo que se refiere al intento de suicidio.

3 Caso clínico

En primer lugar, vamos a centrarnos en la etiología de la palabra “suicidio”. La palabra suicidio (Suicidium, del latín), proviene de dos elementos del latín: por un lado “Sui”, de sí a sí, y “Cidium”, que se refiere al acto de matar y está enlazado al verbo “Caedere”, que hace referencia a “cortar, matar”, refiriéndose expresamente a matar.

El surgimiento de esta palabra en el Castellano no se reconoce hasta 1787, la cual se formó con bastante retraso en el tiempo, ya que no existía como tal en latín, aunque en 1654 ya se registró la forma determinada suicida. En el Siglo XII, el teólogo francés Gauthier de Saint Víctor la empleó por primera vez, quedando acreditado, en el año 1177. Mientras que el británico Walter Charleston, médico y naturalista, utilizó en inglés “suicide” en 1651 y no fue hasta 1734 cuando en francés se apareciera acreditada.

Según la Real Academia Española, el Suicidio es la “acción y efecto de suicidarse” o “acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza”. Por otro lado, la OMS (Organización Mundial de la Salud), define el suicidio como un “trastorno multifactorial, que resulta de una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos, genéticos, ambientales y sociológicos”.

En base a los datos obtenidos por la Organización Mundial de la Salud, en el mundo se suicidan al año entre 700.000 y 800.000 personas. Por cada suicidio que se lleva a cabo, hay muchos intentos de suicidio, lo que hace que el no perpetrado sea uno de los mayores factores de riesgo individual más importante. Los países donde los ingresos son medianos y bajos son los que tienen el porcentaje de suicidios más alto, llegando al 77%. Además, entre los jóvenes de 15 a 29 años, el suicidio es la cuarta causa de muerte.

A continuación, vamos a tratar de resumir las causas que pueden llevar a una persona a suicidarse, factores de riesgo y conocer los signos y síntomas que existen, así como los tipos de suicidios que hay. Vamos a desglosar tres factores fundamentales para entender las causas del suicidio: factores genéticos, factores físicos y factores ambientales.

1. Factores genéticos. La idea de suicidarse no se hereda en los genes. Lo que sí podemos heredar son trastornos/problemas mentales que pueden llevarnos a cometer el acto de suicidio (ya que el padecimiento de enfermedades mentales es un factor de riesgo). Algunos de estos trastornos mentales son la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la depresión, trastorno de espectro autista, trastorno límite de la personalidad, trastorno de estrés postraumático, trastorno de la conducta alimentaria y ansiedad entre otros.

2. Factores físicos. Relacionados con los neurotransmisores de nuestro cerebro. Si la actividad de estos neurotransmisores (que son los encargados de regular el estado de ánimo y emociones) falla, la persona puede desestabilizarse emocionalmente, lo que puede conllevar a la aparición de una enfermedad mental y, por consiguiente, al ser un factor de riesgo, las ideas suicidas pueden aparecer.

3. Factores ambientales. Tal vez sea de los factores más amplios que tiene como consecuencia el suicidio. El consumo de drogas y alcohol, historial de abuso sexual o físico, problemas socioeconómicos, discriminación, traumas, haber presenciado un asesinato, experimentar un estrés continuo a lo largo de la vida, problemas financieros o relaciones con las personas, etc.

Es el momento de conocer cuáles son los factores de riesgo más importantes y, dado que la lista podría ser infinita, vamos a tratar de resumir los puntos más importantes y factores más desencadenantes del suicidio. Entre los factores de riesgo más importantes encontramos:

1. Enfermedades mentales: antecedentes personales y familiares de enfermedades mentales, enfermedades mentales sin diagnosticar y diagnosticadas.

2. Indigencia, pobreza, bajos recursos.

3. Tener acceso a armas de fuego.

4. Víctima de abuso sexual, físico o emocional.

5. Pérdida de empleo y problemas financieros.

6. Red de apoyo escasa, insuficiente o nula.

7. Traumas personales y familiares. Abandono. Niñez/crianza complicada en ambientes conflictivos. Disfunción familiar.

8. Abuso de drogas y alcohol.

9. Ludopatía.

10. Redes sociales (Internet). Debido a la presión social. Juegos virales suicidas.

11. Medios de comunicación. Presión social hacia personas, forma en la que se describe el suicidio, pueden llevar a idealizar la muerte, sobre todo en personas jóvenes.

12. Padecimiento de una enfermedad grave o incurable.

Los signos y síntomas más comunes que podemos detectar en personas con conductas suicidas vamos a resumirlos en los siguientes puntos:

1. Cansancio, pérdida de la capacidad para concentrarse y falta de energía. Incapacidad para poder cumplir con nuestras responsabilidades.

2. Hablar casi constantemente de la muerte y el suicidio.

3. Aislamiento social: familiares y amigos. Soledad.

4. Autolesionarse.

5. Abuso de alcohol y drogas.

6. Alteraciones en la conducta y en el estado de ánimo. Presentar ansiedad, agitación e irritabilidad.

7. Descuidar la imagen personal, aumento o pérdida de peso, exceso o falta de sueño (Hipersomnia o Insomnio).

8. Pérdida de interés en actividades que anteriormente disfrutaba.

Para conocer los tipos de suicidios que existen, vamos a clasificarlos en función de diferentes parámetros.

1. Suicidios según el método. Nos referimos a la forma que tiene la persona para acabar con su vida. Encontramos: sobredosis de medicamentos, corte en la muñeca, traumáticos (precipitarse desde gran altura, ahorcamiento, arma de fuego, etc.), enmascarados (se puede confundir el suicidio con un asesinato o una muerte natural, con el objetivo, por ejemplo, de culpar a alguien de la muerte o cobrar un seguro de vida) y extrañas (la persona busca sufrir antes de fallecer: amputaciones del parte del cuerpo, ser comido por animales, beber sustancias altamente tóxicas, canibalismo).

2. Suicidios según la motivación. Hace referencia al aliciente que tiene la persona. Distinguimos: grito de ayuda (normalmente la persona no quiere acabar con su vida y es una forma de pedir ayuda), huida (la persona siente que sus problemas son imposibles de solucionar, y la muerte es lo única que queda), venganza (provocar un daño a alguien, hacer sentir culpable), interés (personas que aparentan o intentan suicidarse, normalmente con un interés económico), muerte (se planifica y premedita el hecho de quitarse la vida, similar a la huida), falta de ganas de vivir (ancianos o personas que piensan que son un estorbo en la vida de sus allegados) y psicopatología (no existe motivación, la persona se suicida por pérdida de noción de la realidad, tras un brote psicótico).

3. Suicidios según la integración en la sociedad. Sociedad en la que vive una persona. Clasificamos: altruista (la persona siente que no puede lograr los objetivos impuestos en la sociedad en la que vive), egoísta (la persona se sienta sola y no encuentra su sitio en la sociedad), anómico (el individuo se desequilibra por los continuos cambios en la sociedad) y fatalista (suele pasar en personas que se sienten oprimidas, y llevan una vida que realmente no quieren).

4. Según la implicación de una o más personas. Solitario (el más común, lo realiza una única persona), colectivo (un grupo de personas se suicidan a la misma vez), ampliado (es similar al colectivo, con la diferencia en que sólo es una persona la que quiere quitarse la vida. Una persona decide matar a varias y luego se quita la vida así mismo), eutanasia (a causa de un sufrimiento, la persona solicita al médico que acelere su muerte), suicidio asistido (deriva de la eutanasia, el médico responsable pone a la disposición del paciente los medios necesarios

para que se quite la vida. Este método sólo está permitido en Suiza) y muerte digna (no es directamente un suicidio, porque no se hace un esfuerzo por favorecer la muerte de la persona, al paciente se le permite prescindir de tratamientos o medicamentos que lo fuerzan a seguir con vida, y se favorece a la muerte natural).

5. Suicidios según la premeditación. Planificados o impulsivos. Impulsivos (no existe la premeditación, surge tras una situación de desesperación), accidental (la persona no quiere morir, pero se expone a algo que culmina con su muerte), premeditado (en este caso la persona tiene planificado como llevar a cabo el suicidio, el momento lo vive con serenidad) y coacción (un tercero convence a alguien para que se quite la vida, ya sea por amenazas o prometiendo cualquier cosa, suele ocurrir en bandas y sectas).

6. Suicidios según el resultado. A veces el suicidio no perpetra, de manera que no termina con la muerte de la persona. Intento de suicidio (no se lleva a cabo la muerte porque la persona no lo hace la forma correcta), suicidio frustrado (la persona que se quiere suicidar lo hace de forma correcta, pero interviene una tercera persona que interviene y no se llega a producir la muerte) y suicidio consumado (la persona quiere acabar con su vida, y lo hace).

En relación con el tratamiento del suicidio, el primer escalón que hay que subir es hablar de los sentimientos, de cómo nos sentimos con uno mismo, bien con amigos, familiares, docentes, o acudir a algún profesional u organizaciones que se dedican a ayudar a personas con este tipo de problemas. Lo más acertado es ir a un especialista (psiquiatras o psicólogos) que, a través de una combinación de tratamiento farmacológico y terapias, hará todo lo posible por curar al paciente y que vuelva a tener una vida plena, en función de las características individuales de cada persona.

En cuanto a la prevención del suicidio, a grosso modo, la OMS elaboró un plan que recoge diferentes intervenciones que pueden servir para prevenir el suicidio, siendo algunas de ellas:

1. Acortar el acceso a los métodos que se emplean para quitarse la vida (algunos fármacos, plaguicidas, armas de fuego).
2. Educación responsable del suicidio a través de medios de comunicación.
3. Detectar conductas que lleven al suicidio, saber evaluarlas y tratarlas en función de la persona y, ante todo, realizar un seguimiento.

Todas las actividades de prevención del suicidio necesitan de la plena colaboración y coordinación de todas las administraciones que conforman un país, así como la comunicación entre los diferentes países para abordar el problema y financiar campañas de prevención y recursos que ayuden a acabar con él. Sobre todo, financiación para mejorar la sanidad en relación con la salud mental, que

es de los factores de riesgo más desencadenantes de suicidio en el siglo XXI.

4 Discusión-Conclusión

El suicidio se coloca actualmente como la segunda causa de fallecimiento en niños y jóvenes de entre 10 y 24 años, presentando el 95% de las personas que consuman el suicidio depresión u otro trastorno o consumo abusivo de sustancias. Ahora bien, ¿qué empuja a un niño de 10 años a querer poner fin su existencia?, ¿qué tipo de problema se tiene a esa temprana edad como para querer dejar de vivir? En mi opinión, ahí es donde hay que incidir y poner, como sociedad avanzada y desarrollada, todos los recursos disponibles para investigar y, una vez se llegue a un punto de acuerdo, cambiar la situación.

Por ello, a nivel social la salud mental actualmente está teniendo más peso que en décadas anteriores. Medios de comunicación y figuras públicas están alzando la voz por reparar el daño causado a través de la ignorancia o falta de información y ensalzar que la salud mental, al igual que la bucal, debe ser tratada con total normalidad sin adjudicarle connotaciones negativas como “loquero”, “estás loco”, etc.

Por otra parte, en el nivel sanitario también es importante dar un trato correcto, con respeto, empatía y consideración a pacientes y familiares que, como Álvaro, acudan a urgencias con un intento autolítico. Sin embargo, no hay que esperar a que ocurra para atajarlo, el trabajo previo es muy importante, la observación, el diagnóstico y el tratamiento para evitar situaciones como la expuesta en el caso clínico.

5 Bibliografía

1. Suicidio y comportamiento suicida [Internet]. Medlineplus.gov. [citado el 15 de julio de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001554.htm>
2. Wikipedia contributors. Suicidio [Internet]. Wikipedia, The Free Encyclopedia. [citado el 15 de julio de 2023]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Suicidio&oldid=152288978>
3. Canales J. Suicidio: Decision definitiva Al problema temporal: Para dejar de sufrir, no es necesario Que mueras. Bloomington, MN: Palibrio; 2013.
4. Suicidio: qué hacer si alguien tiene tendencias suicidas [Internet]. Mayo Clinic. 2022 [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/suicide/in-depth/suicide/art-20044707>

5. Echeburúa E. Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Ter Psicol* [Internet]. 2015 [citado el 18 de julio de 2023];33(2):117–26. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082015000200006

Capítulo 304

LABORATORIO DE COAGULACIÓN, PRUEBAS DE URGENCIAS EN EL ESTUDIO DE LA HEMOSTASIA SECUNDARIA

MOISÉS GAMO PASTOR

1 Introducción

La hemostasia es el conjunto de procesos que interaccionan entre los componentes de la sangre y la pared vascular, su objetivo es detener una hemorragia y se desarrolla en las siguientes fases:

- Vasoconstricción
- Formación del agregado plaquetario (hemostasia primaria)
- Formación del coágulo (hemostasia secundaria)
- Fibrinólisis que es la destrucción del coágulo.

Este capítulo se centrará en la hemostasia secundaria y en las técnicas que hay en el laboratorio de coagulación para estudiar la formación de coágulo cuando hay una urgencia. Estas mismas pruebas también se aplican en la práctica diaria del laboratorio.

Cuando existe un proceso de coagulación existen unas proteínas plasmáticas, llamadas factores de la coagulación, que se activan formando la cascada de la coagulación e iniciando dos vías: la extrínseca y la intrínseca, que convergen en una vía común final.

- La vía intrínseca: se inicia por activación de la precalicreína y del quininógeno de alto peso molecular, que va a ir activando los factores en el siguiente orden:

XII, XI, IX y por último X. El factor VIII ayuda al factor IXa a la activación del factor X.

- La vía extrínseca: se pone en marcha con la activación del factor VII con la ayuda del factor III o tisular.
- La vía común: Comienza con la activación del factor X que va a producir la activación en cascada de los factores II, XIII y fibrinógeno. El factor V ayuda al factor Xa a la activación del factor II.

2 Objetivos

- Explicar las distintas técnicas que existen para valorar la cascada de la coagulación.
- Determinar los tiempos que son normales en cada prueba, así como que factores se van a estudiar en cada una de ellas.

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

En el laboratorio de urgencias de coagulación, se valoran los tiempos globales de la hemostasia secundaria, estudiando el tiempo que tarda las vías intrínseca, extrínseca y común en actuar. Principalmente, existen tres pruebas que son el tiempo de protrombina, tiempo de tromboplastina y tiempo de trombina. Hay que tener en cuenta que las muestras serán de sangre venosa y deben introducirse en un tubo con citrato sódico como anticoagulante.

- Tiempo de protrombina, tiempo de Quick o TP: Se encarga de medir el funcionamiento de la vía extrínseca (VII) y la vía común (X, II, V).

Este tiempo podrá verse alargado en casos de: Deficiencia congénita o adquirida de alguno de los factores o coagulación intravascular diseminada, enfermedad hepática, deficiencia de vitamina K, tratamiento con anticoagulantes orales, presencia de inhibidores.

Los reactivos que necesita esta prueba son la tromboplastina (que contiene factor tisular y fosfolípidos) y los iones calcio. Consiste en la activación de la vía extrínseca con la tromboplastina y medir el tiempo que se tarda en formar el coágulo.

Un tiempo normal de protrombina se sitúa entre los 10-20 segundos. También puede darse los resultados en porcentaje, denominado valor Quick. Un valor Quick normal se sitúa entre el 70 – 100%, cuanto menor sea el valor Quick mayor será el tiempo de coagulación, alejándose de la normalidad.

- Tiempo de Tromboplastina parcial activado o TTPA: Se encarga del estudio de los factores de la vía intrínseca (XII, XI, IX y VIII) y los de la vía común (X, V y II).

El TTPA se encuentra prolongado debido a: Déficit congénito o adquirido de alguno de los factores, anticoagulante lúpico, tratamientos con heparinas.

La prueba consiste en activar la vía intrínseca, con sílica, caolín y iones calcio.

Un tiempo entre 30 y 40 segundos es considerado normal en esta prueba.

- Tiempo de trombina o TT: Esta prueba se encarga de valorar la vía común, más concretamente evaluar la fibrinoformación.

Esta prueba se ve prolongada en casos de: niveles bajos de fibrinógeno, presencia de heparina o algún anticoagulante similar a ella, inhibidores de la trombina.

Esta prueba usa como reactivo la trombina o factor IIa que se encarga de activar al fibrinógeno. La prueba se considera normal si da un resultado entorno a 15 o 20 segundos.

Estas tres pruebas suelen medirse en el laboratorio de coagulación de urgencias mediante métodos automatizados, que se basan en la lectura fotópica y espectrofotométrica, midiendo las absorbancias mientras se va formando el coágulo.

5 Discusión-Conclusión

El estudio de la hemostasia secundaria en el laboratorio es una práctica importante para diagnosticar, cuanto antes, posibles alteraciones hemorrágicas o trombóticas que existan.

Es especialmente útil para el estudio de enfermedades congénitas como es el caso de las hemofilias. La hemofilia A, debido a un déficit del factor VIII y la hemofilia B, debido a un déficit del factor IX.

También se pueden detectar enfermedades hemorrágicas adquiridas, como es el caso de un déficit de vitamina K, en la que los factores II, VII, X y IX se encuentran disminuidos porque para su síntesis, es necesario, vitamina K.

Las hepatopatías también provocan déficit en los factores, pues, la mayoría, son sintetizados en el hígado.

Otro tipo de enfermedades son las trombóticas, que van a producir coágulos en el interior de los vasos sanguíneos, dificultando la circulación. Si el trombo se desprende se denomina émbolo y puede boquear pequeños capilares de la circulación.

6 Bibliografía

1. López- Santiago N. Pruebas de coagulación. Disponible en: https://scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912016000400241.
2. De Oncohematología pediátrica. S.M.Melo Valls, T.Murciano Carillo. Interpretación del hemograma y pruebas de coagulación. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2012/xvi05/06/Regreso.pdf>.
3. González FL, Lauría MJ. Determinación de valores de referencia para pruebas de coagulación en una población pediátrica. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-29572014000200009&script=sci_arttext&tlng=pt.

Capítulo 305

FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN LA UNIDAD DE RADIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE TUMOR DE PULMÓN

GLORIA CASTELLANOS DE LA ROSA

RAQUEL MADRID MARTINEZ

NURIA ARAQUE GUERRERO

1 Introducción

Los pulmones son dos órganos que se encuentran el interior de la caja torácica y que están separados por el mediastino. El pulmón derecho es mayor que el izquierdo, y se compone de tres lóbulos, mientras que el izquierdo es de menor tamaño porque deja espacio para el corazón, por lo que se compone de solo dos lóbulos.

El tumor de pulmón es una de las principales causas de muerte en hombres y mujeres, esto se debe a que es asintomático y en detección suele estar en estadio avanzado.

Se pueden diferenciar dos tipos de tumor de pulmón: tumor de células pequeñas o microcítico o tumor de células no pequeñas o no microcítico.

El tratamiento dependerá del tipo de tumor, el tumor de células pequeñas crece con rapidez y puede producir metástasis con mayor facilidad, el tumor de células no pequeñas es el más común, correspondiente al 80%.

El tratamiento con radioterapia para los tumores de pulmón se puede administrar de diferentes formas, de manera adyuvante, neoadyuvante y de forma exclusiva. Esta corresponde a uno de los tratamientos fundamentales empleados en el cáncer de pulmón.

El tratamiento de radioterapia se puede administrar de manera curativa o paliativa, para aliviar el dolor.

Algunas de las técnicas empleadas en el tratamiento con radioterapia pueden ser IMRT, conformada en 3D y arcoterapia.

2 Objetivos

Describir los aspectos fundamentales a tener en cuenta en el tratamiento del tumor de pulmón en la unidad de radioterapia, incluyendo:

- Sintomatología del tumor de pulmón y técnicas de diagnóstico.
- Inmovilización del paciente durante el tratamiento.
- Técnicas empleadas en el tratamiento de tumor de pulmón.
- Órganos de riesgo y efectos secundarios de la radioterapia.

3 Metodología

La información recopilada en este capítulo corresponde al estudio y la búsqueda de datos en proyectos y artículos relacionados con el tumor de pulmón.

Para ello he empleado el uso de páginas médicas y otras de interés como puedan ser Pubmed, Medline, Scielo, google scholar...

También, una de las referencias más útiles para abordar este tema de manera sintetizada ha sido el apoyo de libros y documentos empleados en la realización del ciclo de radioterapia y dosimetría.

4 Resultados

Sintomatología del tumor de pulmón y técnicas de diagnóstico.

El tumor de pulmón suele ser asintomático en su etapa inicial, por lo que este suele ser detectado en muchas ocasiones de manera casual por la radiografía de tórax realizada por otro motivo.

Entre los síntomas más comunes destacan la tos persistente, disnea, dolor en el tórax, esputo con sangre e infecciones respiratorias entre otros.

Las técnicas de diagnóstico más frecuentes son radiografía de tórax, TC de tórax en la que se puede ver con mayor detalle la extensión del tumor, PET TC para descartar metástasis. Otras pruebas de interés para obtener una muestra que confirmen el diagnóstico son la citología de esputo, toracoscopia, fibrobroncoscopia...

Inmovilización del paciente durante el tratamiento de radioterapia

Para comenzar el proceso de tratamiento con radioterapia, en primer lugar el paciente pasará por el área de simulación de tratamiento. En esta se posicionará e inmovilizará al paciente de manera que se reproduzca dicho proceso cada día del tratamiento, por lo que en definitiva el objetivo de la simulación será conseguir la mayor precisión, reproducibilidad y comodidad para el paciente.

Para la inmovilización en el tumor de pulmón con teleterapia se emplea un plano inclinado sin inclinación. En este inmovilizador el paciente posiciona los brazos por encima de la cabeza apoyados en los reposabrazos de los que consta el plano. Para mayor comodidad se emplea también el reposapiernas.

Técnicas empleadas en el tratamiento de tumor de pulmón

Uno de los problemas que se presentan en el tratamiento con radioterapia es la movilidad de los pulmones debido a la respiración. Para esto se emplea un dispositivo llamado gating respiratorio que permite administrar la dosis de radiación de forma sincronizada con la respiración.

En el tratamiento de pulmón se emplean fotones de 6 Mv.

Alguna de las técnicas de teleterapia empleadas para el tumor de pulmón pueden ser:

- IMRT o de intensidad modulada: Esta técnica emplea el uso de múltiples haces con intensidad variable y permite mayor conformación de la dosis en el campo de tratamiento, disminuyendo así ésta en órganos de riesgo. Esta técnica es muy útil para tumores que se encuentran próximos a la médula u otros órganos de riesgo.
- Arcoterapia volumétrica de intensidad modulada. Al igual que la IMRT permite mayor conformación la dosis. Esta técnica utiliza un arco que irradia de manera constante alrededor del paciente.
- SBRT o estereotáctica corporal: Esta técnica emplea dosis altas en pocas sesiones. Corresponde a una técnica más precisa y se emplea sobre todo en tumores pequeños y localizados.

Otra de las técnicas que se emplean en combinación con las ya mencionadas es la IGRT o radioterapia guiada por la imagen, que permite el uso de imágenes en

tiempo real para ver el correcto posicionamiento del paciente y obtener mayor precisión en la administración de dosis.

Órganos de riesgo y efectos secundarios de la radioterapia.

Los órganos de riesgo en el tratamiento de radioterapia son principalmente la médula espinal, el corazón, los pulmones y el esófago.

Entre los efectos secundarios que pueden aparecer tras el tratamiento, se pueden diferenciar en agudos, como neumonitis y esofagitis, y crónicos como neumonitis y fibrosis pulmonar.

5 Discusión-Conclusión

La radioterapia se basa en una de las técnicas fundamentales en el tratamiento de tumor de pulmón. Esta suele llevarse a cabo en pacientes a los que no es posible realizar cirugía, por lo que se administra radioterapia de forma exclusiva. En otras ocasiones esta es administrada antes de la cirugía o después de la misma, dependiendo la accesibilidad del tumor, el estadio de la enfermedad, la localización del mismo...

En la actualidad se ha demostrado que la combinación de radioterapia con otros tipos de tratamiento puede aumentar la supervivencia de los pacientes, por lo que dependiendo del tipo de célula que componga el tumor y el estadio de la enfermedad, esta se administrará de forma concomitante con quimioterapia. El empleo de otras modalidades de tratamiento como la terapia dirigida o la inmunoterapia están dando lugar en muchas ocasiones a buenos resultados y mejora en los pacientes con tumor de pulmón.

Para concluir, el tratamiento con radioterapia en el cáncer de pulmón busca controlar la enfermedad y mejorar la calidad de vida de los pacientes, pero el estudio y seguimiento en la administración de la dosis permitirán evaluar y mitigar los riesgos y efectos secundarios asociados.

6 Bibliografía

1. Ediciones arán. Tratamientos con teleterapia: Aplicación de tratamientos con radioterapia externa de los tumores situados en la región torácica.
2. <https://imor.org/radioterapia/radioterapia-externa/vmat-arcoterapia-volumetrica-de-intensidad-modulada/>
3. <http://www.cuevaseditores.com/libros/Radiacionenlapracticamedicapeligrosyprecaucionespdf#page=7>

Capítulo 306

FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN RADIOTERAPIA PARA EL TRATAMIENTO DE TUMORES CEREBRALES

GLORIA CASTELLANOS DE LA ROSA

NURIA ARAQUE GUERRERO

RAQUEL MADRID MARTINEZ

1 Introducción

Los tumores cerebrales se pueden clasificar en tumores benignos o malignos al igual que estos pueden ser primarios o metastásicos.

Los tumores primarios son cuando se originan directamente en el cerebro, pudiendo ser malignos o benignos. En el caso de los tumores benignos, estos no contienen células cancerosas y generalmente tienen un crecimiento lento, de lo contrario los tumores malignos son células cancerosas que crecen con mayor rapidez.

Los tumores metastásicos son aquellas que se originan en otro órgano o parte del cuerpo diseminándose hasta el cerebro, y considerándose así como un tumor maligno.

Aunque el tratamiento para los tumores cerebrales dependerá de múltiples factores como la localización del tumor, el tamaño, el estadio.. Tanto la cirugía

como la radioterapia juegan un papel importante en el tratamiento de los mismos. En otras ocasiones el tratamiento multidisciplinar también irá acompañado de quimioterapia.

La radioterapia empleada en estos tipos de tumores será de manera exclusiva, adyuvante (después de la cirugía) e incluso intraoperatoria. Podemos encontrar diferentes técnicas de radioterapia para tratar este tipo de tumores, ya que por su localización, conlleva un procedimiento riguroso y preciso.

El empleo de inmovilizadores que proporcionen precisión y reproducibilidad en la técnica empleada también será de gran relevancia en el momento del tratamiento.

2 Objetivos

En este capítulo se pretende facilitar la información, fundamentalmente del tratamiento con radioterapia en los tumores cerebrales.

3 Metodología

La metodología empleada se basa en la búsqueda de artículos relacionados con el tumor cerebral o tumores del sistema nervioso central.

Para esto la recopilación de datos ha sido realizada en páginas y artículos médicos como pueden ser Medline, cáncer.net, NIH, scielo, etc.

También se ha empleado la revisión del temario de teleterapia de ediciones Arán.

4 Resultados

Tipos de tumores cerebrales benignos y malignos.

El tipo de tumor viene determinado por el tipo de célula del que se compone, estas células pueden ser: células ependimales, oligodendrocitos, astrocitos o microgliales.

Algunos de los tumores benignos que podemos encontrar son: meningiomas es el más común, tumores de células germinativas más común en niños, el neuroma del acústico, tumores pituitarios...

Algunos de los tumores malignos son: Gliomas (astrocitoma, glioblastoma más común, oligodendroglioma, ependimoma), carcinoma del plexo coroideo más común en niños, meduloblastoma más común en niños,

Técnicas de diagnósticos para detectar el tumor cerebral

RM (Resonancia Magnética): En esta técnica de imagen se visualizan mejor los tejidos blandos, puede emplearse contraste para crear una imagen más clara.

- Perfundión por RM: muestro el flujo y el volumen sanguíneo cerebral

- Espectroscopia: Muestra la composición química del cerebro

PET metionina: evolución y seguimiento del tumor.

Biopsia: en la que se extrae una muestra de tejido para hacer un diagnóstico final del tumor.

Otras pruebas de interés pueden ser: Tomografía Computarizada, angiografía cerebral, punción lumbar, pruebas neurocognitivas, electroencefalograma, evaluación neurocognitiva...

Inmovilizadores empleados para el tratamiento de tumores cerebrales.

Los inmovilizadores en el tratamiento de tumor cerebral dependerá de la técnica empleada en el centro que se lleve a cabo.

El inmovilizador principal será la máscara termoplástica corta, esta se hará de forma personalizada para el paciente, adaptándose así a la anatomía de su cara.

Otro de los inmovilizadores que se puede emplear en radiocirugía es el llamado casco, también conocido como guía o marco de estereotaxia, estos pueden ir clavados en la piel y en el cuero cabelludo de manera cruenta, o fijar el marco al maxilar superior con un molde dentario, de una forma no cruenta.

El uso del inmovilizador reposapiernas le dará al paciente mayor comodidad durante del tratamiento.

Técnicas de radioterapia empleadas en el tratamiento de tumores cerebrales.

Las técnicas de radioterapia empleadas pueden ser las siguientes:

- Radiocirugía se trata de una técnica que emplea altas dosis en una sesión con el uso de microcolimadores. Se realiza a través de un equipo llamado Gammaknife. Puede requerir el uso de inmovilizadores invasivos pero no requiere de hospitalización. Se emplea para metástasis con tumores menores a 3 cm, recidivas, neurinomas del acústico...

- Radioterapia estereotáxica fraccionada se trata de una técnica que utiliza altas dosis en varias sesiones. Emplea inmovilizadores no invasivos, y se utiliza cuando el tumor es mayor de 3 cm. El equipo empleado es el ciberknife.

- Radioterapia de Intensidad modulada (IMRT), esta técnica proporcionar mayor dosis al tumor, limitando y reduciendo esta en los órganos de riesgo. Se recomienda para el meduloblastoma o ependimomas.

- Arcoterapia volumétrica de intensidad modulada: Permite adaptar la dosis a la geometría del tumor disminuyendo esta en los tejidos sanos.

Para todos estos tipos de técnica se emplea siempre la radioterapia guiada por la imagen o IGRT, esta permite tomar imágenes antes o durante el tratamiento,

para verificar el correcto posicionamiento y garantizar la precisión de la dosis sobre el tumor.

Efectos secundarios de la radioterapia en el tumor cerebral.

Podemos diferenciar diferentes efectos dependiendo de la aparición y gravedad de los mismos. En cuanto a los efectos agudos pueden ser cefaleas, alopecia o prurito, estos pueden provocar el síndrome del Lhermitte (parestesias)

Mientras que los efectos crónicos pueden ser: radionecrosis, hipertensión intracraneal, déficit de hormonas hipofisarias, pudiendo provocar mielopatía tardía.

5 Discusión-Conclusión

El cerebro corresponde a una de las partes del encéfalo, por lo que los tumores cerebrales forman parte del sistema nervioso central. Estos tumores pueden estar compuestos de diferentes células, por lo que para su diagnóstico se determinará el tipo de célula para concretar de qué tipo de tumor se refiere.

Los tumores cerebrales se clasifican en benignos o malignos, y pueden ser primarios, originándose directamente en el cerebro, o metastásicos, originados en otro órgano y propagados al cerebro. El tratamiento de los tumores cerebrales depende de diversos factores, como la localización, el tamaño, el estadio...

La radioterapia desempeña un papel importante en el tratamiento de los tumores cerebrales, y se pueden emplear diferentes técnicas, como la radiocirugía, la radioterapia estereotáxica fraccionada, la radioterapia de intensidad modulada y la arcoterapia volumétrica de intensidad modulada.

Estas técnicas requieren inmovilizadores que brinden precisión y reproducibilidad durante el tratamiento. La radioterapia puede tener efectos secundarios agudos y crónicos, que van desde cefaleas y alopecia hasta radionecrosis y déficit de hormonas hipofisarias.

Es importante tener en cuenta estos factores al abordar el tratamiento de los tumores cerebrales para garantizar la máxima eficacia y minimizar los efectos secundarios.

En la actualidad los tumores metástasis en el cerebro son los más frecuentes debido a la mayor supervivencia de los pacientes por la acogida y respuesta de los tratamientos y la mejora de las técnicas de diagnóstico.

6 Bibliografía

<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/brain-tumor/symptoms-causes/syc-20350084>
<https://medlineplus.gov/spanish/braintumors.html>
<http://www.radioterapiahm.com/new-page-45>
<https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/tumor-cerebral/diagn%C3%B3stico>
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802013000300001
<https://ediciones.grupoaran.com/>

Capítulo 307

FUNCIÓN DEL TÉCNICO Y PROCEDIMIENTO DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE RADIOTERAPIA EXTERNA

GLORIA CASTELLANOS DE LA ROSA

NURIA ARAQUE GUERRERO

RAQUEL MADRID MARTINEZ

1 Introducción

Cuando hablamos de radioterapia nos referimos al uso de radiaciones ionizantes en dosis altas para matar las células tumorales o mitigar su propagación.

La radioterapia principalmente se emplea para el tratamiento de tumores, aunque esta también puede emplearse en otras patologías como los queloides.

Podemos encontrar dos tipologías de radioterapia: radioterapia externa o teleterapia, en la que el paciente recibe la radiación desde una máquina llamada acelerador lineal o LINAC; y radioterapia interna o braquiterapia, en la que se colocan fuentes encapsuladas en el interior del paciente, próximas o sobre el propio tumor.

En este capítulo nos centraremos en el funcionamiento de la unidad de radioterapia externa, en este caso para efectuar el tratamiento, el paciente seguirá un esquema estructural pasando por diferentes áreas de la unidad hasta realizar el tratamiento final con radioterapia. La función del técnico juega un papel muy

importante en la unidad de radioterapia externa, este guiará al paciente desde la simulación hasta el tratamiento final, por lo que el técnico en esta unidad es una pieza fundamental ante la ejecución de dichos tratamientos para pacientes oncológicos.

El equipamiento empleado en esta unidad suele ser desconocido ante gran parte de los pacientes, por lo que en este capítulo se proporciona una introducción del mismo.

2 Objetivos

Los objetivos principales que se pretenden abordar en este capítulo son los siguientes:

- Describir el concepto de radioterapia externa y de los diferentes haces de radiación empleados en esta.
- Exponer el procedimiento del paciente en las diferentes áreas de la unidad de radioterapia, desde el inicio de pruebas hasta el final y ejecución del tratamiento.

3 Metodología

La recopilación de información propuesta en este capítulo se basa principalmente en artículos publicados en revistas sanitarias, así como en la búsqueda de otros documentos de interés.

Algunas de las páginas revisadas para la consulta y obtención de datos son las siguientes Pubmed/Medline, Scielo, Google Scholar.

Otro de los documentos en los que se basa este capítulo es obtenido de un proyecto de tumor de esófago distal.

4 Resultados

Descripción del concepto de radioterapia externa dando a conocer también algunas de las patologías para las que se realiza dicho tratamiento.

La radioterapia externa o también llamada teleterapia emite radiación ionizante a través de una máquina llamada LINAC.

El tratamiento con radioterapia externa se realiza de forma localizada, es decir, dependiendo donde se encuentre el tumor, la radiación emitida se concentrará en esa parte del cuerpo correspondiente a la localización de la neoplasia.

Dependiendo del tipo de tumor a tratar se pueden emplear diferentes haces de radiación, como serían los fotones empleados cuando la energía del haz se deposita a mayor profundidad; electrones cuando se trata de un tumor superficial como sería el cáncer de piel; y protones para tumores de mayor profundidad en la que los haces permiten aumentar la dosis en el tumor minimizando así está en los órganos de riesgo.

Procedimiento del paciente en las diferentes áreas de la unidad de radioterapia, desde el inicio de pruebas hasta el final y ejecución del tratamiento.

☒ Simulación del tratamiento :

Se le realiza una TC al paciente, inmovilizando a este dependiendo de la localización del tumor, para esto se emplean los inmovilizadores pertinentes a la localización del mismo. Se marcan los puntos en los que se colocarán las marcas radiopacas o bibis, estos puntos corresponden al 0 TC de dicho tumor. Posteriormente se realiza la TC donde se obtiene un topograma. Los límites del TC también irán definidos dependiendo de la localización. Se retiran las marcas radiopacas y se tatúan dichos puntos sobre la piel del paciente. Por último se realiza la autosegmentación en la que principalmente se delimitan los órganos de riesgo.

☒ Planificación del tratamiento:

La planificación del tratamiento será realizada por el radiofísico o técnico de radioterapia dosimetrista, bajo la valoración y supervisión final del médico oncólogo. En la planificación se define la técnica, los haces de radiación, el isocentro del tumor y se delimita el PTV o campo de tratamiento, CTV o extensión microscópica del tumor y otras áreas de interés que ayuden en el procedimiento de la planificación. Se conforma el colimador multiláminas al volumen de tratamiento y se realiza la optimización de dosis con el objetivo de disminuir está en los órganos de riesgo tratando de no disminuir la cobertura prescrita del campo de tratamiento o PTV.

☒ Ejecución del tratamiento:

Se reproduce la inmovilización del paciente realizada el día del TC. Se posicionan los láseres en el 0 TC tatuados sobre la piel del paciente y se ejecutan los movimientos pertinentes para desplazar al paciente hasta el isocentro del tumor. Finalmente se ejecuta el tratamiento. Este tendrá una duración concreta dependiendo de la prescripción del médico.

Equipamiento y maquinaria empleada en radioterapia externa

TC de simulación. La TC de simulación reúne algunas diferencias con respecto a la TC normal. No todos los hospitales disponen de TC de simulación en el área de radioterapia. Esta reúne las siguientes características: consiste en un escáner TAC con una mesa plana, sistema de posicionamiento láser del paciente, el software

de planificación de tratamiento de Simulación TAC / 3D, y diámetro mayor del gantry para la colocación y paso de los inmovilizadores por este.

LINAC: Se trata de un acelerador lineal que proporciona haces de electrones y fotones. Podemos encontrar diferentes modelos de acelerador. Este se compone también de una técnica de imagen llamada Cone Beam o tomografía volumétrica digital de haz cónico que permite la toma de imágenes en 3D antes del tratamiento con el objetivo de comprobar el correcto posicionamiento del paciente.

En cuanto al equipamiento principal en radioterapia externa se corresponde con los diferentes inmovilizadores, estos pueden ser muy diversos dependiendo de la localización del tumor y el tipo de técnica empleada. Alguno de estos son: reposacabezas, reposapiés, reposapiernas, extensores de brazos, máscaras largas y cortas, depresor lingual, etc.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la radioterapia es un tratamiento que utiliza radiaciones ionizantes en dosis altas para eliminar las células tumorales o frenar su propagación. Se emplea principalmente en el tratamiento de tumores, pero también puede utilizarse en otras afecciones.

En este capítulo, se ha enfocado en la radioterapia externa y se ha descrito el proceso que sigue el paciente desde las pruebas iniciales hasta la ejecución del tratamiento. Se han mencionado diferentes haces de radiación utilizados según el tipo de tumor a tratar.

Además, se ha descrito el equipamiento utilizado, como la TC de simulación y el LINAC, así como el material, siendo este los inmovilizadores que corresponde a uno de los principales pasos para la ejecución de tratamiento por la gran importancia del posicionamiento, reproducibilidad y comodidad del paciente.

La radioterapia externa es un procedimiento complejo que requiere una planificación rigurosa, la supervisión de un equipo médico especializado y el abordaje de un equipo multidisciplinar como son técnicos de radioterapia, técnicos de radioterapia dosimetristas, radiofísicos, enfermeros y médicos oncólogos.

6 Bibliografía

<https://medlineplus.gov/spanish/radiationtherapy.html>

https://www.cun.es/tratamiento-protonterapia?utm_medium=cpc&utm_source=google&utm_campaign=

protones&gclid=CjwKCAjwkeqkBhAnEiwA5U-uM-
LnSWQiuSrJxgn7k6NqHg6rE1ux6NzxfXG57x9wjU6sDJ7fC1toMxoCrYEQAvD_
BwE
<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos/radioterapia/haz-externo>

Capítulo 308

PRUEBAS DE LABORATORIO DEL VIRUS LINFOTRÓPICO DE CÉLULAS T HUMANAS (VLTH)

PALOMA SÁNCHEZ SÁNCHEZ

MÓNICA CAYETANO GONZÁLEZ

1 Introducción

Virus. Son microorganismos infecciosos que tienen un segmento de ácidos nucleicos, es decir, ADN o ARN, rodeando a la cubierta proteica.

Los virus no son capaces de multiplicarse por sí sólo, por lo tanto, es necesario una célula para su replicación y así poder infectar a las demás células.

HLTV. Es un virus considerado de la familia Retrovirus, de la subfamilia Oncovirinae, cuyo género es Deltaretrovirus.

Se les ha llamado Retrovirus porque tienen una parte de su ciclo que revierten los procesos normales de transcripción de ADN a ARN.

A este virus, HLTV, como al VIH, Virus de Inmunodeficiencia Humana, se les han denominado como a los únicos con consecuencias conocidas en la Salud Humana. Se han expuesto cuatro subtipos de este virus HLTV, en el cual, el tipo HLTV 1 es el que se asocia más a la Salud Humana.

El HLTV 1 puede provocar linfomas/leucemias de las células T, LLTA, y la mielopatía asociada a HLTV/paraparesia espástica, MAH/PET, las cuales son las dos enfermedades necesarias un factor importante para el desarrollo de la enfermedad. Hay otros factores que son más frecuentes en niños y adolescentes como

son la dermatitis infecciosa y la uveítis asociada a HTLV. Se ha descrito un aumento de la mortalidad por la infección de este virus, independientemente de MAH/PET y de LLAT.

Los pacientes con manifestaciones del virus HTLV – 1 presentan un agente causal de Leucemias de células T adultas/Linfomas, LLTA y Mielopatías que están asociadas al HTLV – 1, MAH/PET, LLTA son considerados una Neoplasia maligna de células T agresivas, con un predominio de supervivencia desde 8 meses desde la aparición hasta los 60 años. MAH/PET cuando se convierte de una forma crónica afecta de manera más débilmente a la movilidad, causando disfunción de intestino y vejiga, presenta dolores crónicos, y también presenta alteración de impotencia y sensorial. En los recién nacidos, este virus se ve afectado con riesgos de por vida.

Los riesgos en son los siguientes

- ATL
- Leucemias latentes, indolente.
- Leucemias crónicas.
- Leucemias agudas.
- HAM.
- Signos del tracto piramidal y síntomas neuromusculares compatibles con HAM tempranos en niños.
- Dermatitis infectivas.
- Desnutrición crónica.
- Síndrome de Sjögren.

Los pacientes con manifestaciones que presentan HTLV – 2 con infecciones de MAH/PET y LLTA se han descrito con una sintomatología neurológica a pesar de no tener suficiente información de estos estudios.

La infección por el HTLV – 1/2 es una infección en el 90% de los pacientes infectados crónicos asintomáticos, es decir, que no presentan sintomatología alguna, por lo tanto, muchos de los pacientes están infectados, pero no son conscientes de que realmente tienen lo tienen.

2 Objetivos

Dar a conocer las pruebas de laboratorio para el virus linfotrópico de células T humanas.

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

La realización de su diagnóstico se puede hacer mediante dos métodos. Métodos directos o métodos indirectos. El que más se utiliza es el método indirecto, el cual busca anticuerpos específicos frente a proteínas del virus HTLV – 1 y HTLV – 2 en las muestras de suero o líquidos biológicos.

Las técnicas que más frecuentemente se utilizan para la detección de estos anticuerpos anti – HTLV son los enzimoimmunoensayos, EIA.

En cambio, estos métodos no son capaces de distinguir si la infección está causada por el HTLV – 1 o por el HTLV – 2.

De tal manera que, cualquier resultado positivo se debe de confirmar por otras técnicas más específicas, como son Western Blot, WB, inmunofluorescencia indirecta o radioinmunoprecipitación, ya que son más eficaces para detectar a los anticuerpos frente a diferentes proteínas del virus HTLV – 1 y HTLV – 2. Con respecto al otro tipo de método, a los métodos directos, en los cuales destacamos el cultivo vírico y la reacción en cadena de la polimerasa, PCR.

Decimos que la PCR es una técnica que nos sirve para el diagnóstico de algunas infecciones infecciosas y cambios genéticos. Es un método muy preciso y rápido. Sirve para el diagnóstico del ADN o ARN del patógeno, es decir, del organismo que padece la enfermedad.

Definimos a la PCR como una prueba de biología molecular, que tiene una alta sensibilidad y especificidad, en la cual puede distinguir partículas del virus HTLV – 1 y HTLV – 2 en la detección del ARN, cuando está en fase activa, y el virus se encuentre en el ARN, o bien, también puede distinguirlo en la fase de la detección de ADN cuando el virus está unido a los linfocitos.

Con motivo de esta fase extracelular del HTLV – 1 y HTLV – 2 in vivo, al no ocupar su transcriptasa guarda en la fase de exposición al sujeto infectado, la localización del ADN proviral tiene mayor importancia para el diagnóstico de la infección.

5 Discusión-Conclusión

Como ya sabemos este virus no tiene tratamiento, ni cura, pero se puede mejorar la calidad del paciente con su atención médica, de una manera correcta y sus pautas adecuadas por el facultativo. Con un seguimiento del facultativo se pueden frenar complicaciones infecciosas y prevenir a tiempo con el tratamiento adecuado. Con el tiempo, cuando antes se diagnostique el HTLV – 1, más oportunidades a considerar para su prevención. De tal manera, no hay que quitarle importancia a la familia de un paciente infectado, porque cada caso que se diagnostica, la familia también tiene un riesgo que se debería de estudiar.

Se ha determinado algunos casos de PCR positivas para HTLV – 1 y HTLV – 2 cuando la seropositividad es ausente, los indeterminados de los patrones en el Western Blot, los sujetos inmunodeprimidos que están coinfectados con el virus del VIH y en pacientes que padecen enfermedades neurológicas.

Por lo tanto, todos los casos que son indeterminados o HTLV sin clasificar por el método del Western Blot, es aconsejable que se realice una reacción en cadena de la polimerasa, PCR, animada para su confirmación en la infección.

- Cuando el HTLV – 1 es positivo, quiere decir, que tiene en el cuerpo anticuerpos específicos contra el HTLV – 1 y, por lo tanto, que padece el virus. Es, por tanto, una persona que está infectada con el HTLV – 1.
- Cuando el HTLV – 2 es positivo, quiere decir, que tiene en el cuerpo anticuerpos específicos contra el HTLV – 2 y, por lo tanto, que padece el virus. Es, por tanto, una persona que está infectada con el HTLV – 2.

6 Bibliografía

<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/HTLV.aspx>
<https://www.ivami.com/es/microbiologia-clinica/136-htlv-y-o-ii-anticuerpos-confirmacion-de-anticuerpos-diagnostico-molecular-diagnostico-molecular-dna-proviral>
<https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=virus+definicion>
https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?lng=ES&Expert=86875

Capítulo 309

EL PAPEL DEL TÉCNICO DE LABORATORIO EN DETERMINACIONES BIOQUÍMICAS DE LÍQUIDO SINOVIAL

MÓNICA CAYETANO GONZÁLEZ

PALOMA SÁNCHEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

El líquido sinovial es un fluido claro o amarillo pálido que se produce por ultrafiltración del plasma, con elevada viscosidad en relación al agua debido a la presencia de ácido hialurónico. El término sinovial deriva del griego syn (con) y del latín ovum (huevo), sugiriendo que el líquido se asemeja a la clara de huevo cruda. Este fluido, que se acumula en las cavidades articulares, se produce por ultrafiltración de la rica red vascular en el tejido sinovial, mientras que el ácido hialurónico, una mucoproteína, se segrega en el dializado por las células sinoviales. El ácido hialurónico supone el 99% de las mucoproteínas presentes en el líquido sinovial. Es un polímero de cadena larga y alto peso molecular que consiste en unidades repetitivas de acetilglucosamina y ácido glucurónico. Se destruye en situaciones inflamatorias por la enzima hialuronidasa de los neutrófilos lo que hace disminuir la viscosidad del líquido. Las funciones del líquido sinovial son llenar la cavidad articular y actuar como lubricante, manteniendo la fricción y la lubricación entre los huesos durante el movimiento o mientras se soporta peso, es más abundante en articulaciones grandes como rodillas, hombro, caderas, codos, muñecas

y tobillos y además suministra un medio nutricional para el cartílago. En condiciones normales la cantidad de líquido sinovial es muy pequeña, entre 1 y 2 ml. Los trastornos de la membrana articular, la alteración de los elementos de sostén articular y la presencia de cuerpos extraños pueden resultar de la acumulación excesiva de líquido sinovial en las articulaciones. Los derrames articulares pueden clasificarse de manera general en cuatro categorías y corresponden con las siguientes causas:

- No inflamatorio: artrosis, artritis reumática, fiebre reumática leve, lupus, fase inicial de infección bacteriana.
- Inflamatorio: artritis reumatoide, fase inicial de fiebre reumática, gota, pseudo-gota, lupus, artritis asociada con colitis ulcerosa, psoriasis, infección articular.
- Infeccioso: infección articular, artritis séptica.
- Hemorrágico: traumatismos, fracturas, tumores,

La artrocentesis o punción articular es la técnica mediante la cual se obtiene el líquido sinovial. El procedimiento consiste en pinchar una articulación para extraer el líquido con fines diagnósticos o terapéuticos. Se utiliza una aguja conectada a una jeringa de 10 a 60 ml para extraer la mayor cantidad de líquido posible. Para el análisis del líquido sinovial, las muestras para las pruebas de bioquímica y microbiología se envían en recipientes sin aditivos. La muestra para realizar el recuento celular debe enviarse al laboratorio en contenedores con EDTA-K3 líquido para prevenir la coagulación, especialmente para afecciones inflamatorias en las que puede estar presente el fibrinógeno y otros factores de coagulación. La evaluación de los cristales y determinaciones bioquímicas debe hacerse preferentemente en la muestra procedente del tubo sin anticoagulantes para evitar la posible interferencia. La muestra debe enviarse al laboratorio a la mayor brevedad posible para su análisis, para evitar la degeneración celular. Cuando el líquido sinovial es muy viscoso, la realización del análisis bioquímico puede ser dificultosa. En este caso puede añadirse enzima hialuronidasa antes del análisis para disminuir la viscosidad y así ser posible su centrifugación y posteriormente su análisis. El líquido sinovial contiene proteoglucanos elaborados por la membrana celular con un pH de 7.3 a 7.4. Densidad 1.010, concentración proteica del 1% y no contiene fibrinógeno.

2 Objetivos

Adquirir los conocimientos necesarios con el técnico de laboratorio para el correcto abordaje analítico del líquido sinovial en el laboratorio clínico, incluyendo aspectos relacionados con la formación del líquido y su papel fisiológico, las al-

teraciones , así como los aspectos preanalíticos y analíticos, especialmente el análisis celular, bioquímico y la evaluación de cristales

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 en las principales bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, del tema a estudiar.

4 Resultados

Las determinaciones bioquímicas

- Glucosa: la medición de la glucosa en el líquido sinovial tiene una utilidad extremadamente limitada. La interpretación requiere una comparación con la glucemia plasmática del paciente y debe realizarse de forma ideal en ayunas para permitir el equilibrio de la glucosa por la membrana sinovial. La diferencia [Glucosa Suero - Glucosa Sinovial] es menor de 10 mg/dL
- Lactato: la determinación de lactato en líquido sinovial se considera un marcador inespecífico de leucocitosis. Los niveles más elevados generalmente mayores de 15-20 mmol/L suelen asociarse con artritis séptica.
- Ácido úrico: los niveles de ácido úrico en líquido sinovial generalmente varían de forma paralela a los niveles séricos en la gota y en las artropatías no inflamatorias. Sin embargo, en los trastornos articulares inflamatorias distintos a la gota la concentración de ácido úrico en líquido sinovial puede ser notablemente más baja que en suero.
- Proteínas totales: el intervalo de referencia oscila entre 1 y 5 g/dL y la concentración aumenta en procesos en los que se encuentra alterada la membrana sinovial, como ocurre en la inflamación (por ejemplo en la artritis reumatoide, gotosa, séptica o tuberculosa). Sin embargo, la concentración de proteínas tiene una sensibilidad y especificidad limitada para la identificación de procesos inflamatorios, por lo que su valor por sí solo raramente afecta al diagnóstico o manejo de los pacientes.
- Lípidos: las causas inflamatorias del derrame articular aumentan la permeabilidad vascular sinovial, lo que permite la difusión de moléculas más grandes de la sangre, incluidas las lipoproteínas y los triglicéridos. Las anormalidades de

lípidos en líquido sinovial suelen corresponder a derrames pseudoquilosos típicamente asociados a artritis reumatoide, gotas de lípidos resultantes de traumatismos, derrames quilosos asociados a artritis reumatoide, lupus, pancreatitis y filariasis. Sin embargo la cuantificación de lípidos generalmente no aporta valor clínico, ya que suelen identificarse por la situación clínica, así como macro y microscópicamente.

5 Discusión-Conclusión

Si bien hay que realizar artrocentesis y analizar del líquido sinovial, cuyos resultados sustentarán uno u otro diagnóstico. En derrames de origen no infeccioso, el análisis celular y bioquímico del fluido sinovial pueden ayudar en la valoración diagnóstica diferencial. El estudio de líquido sinovial compone uno de los exámenes más útiles para el diagnóstico y pronóstico de enfermedades reumatoides. El líquido puede encontrarse de un color rojizo brillante debido a la presencia de sangre por una punción traumática; rojizo parduzco por presencia de sangre allí acumulada, en hemofílicos o por tumores sinoviales; xantocrómico (intensamente amarillo) en procesos inflamatorios, artritis traumáticas ya superadas y artrosis. El líquido sinovial puede encontrarse turbio por presencia de leucocitos, en artritis séptica y en procesos inflamatorios por cristales (gota); sanguinolento con coágulo por punción traumática; sanguinolenta sin coágulo, en los hemofílicos y en los tumores; lechoso por abundantes cristales en artritis gotosa. En artritis reumatoidea, gota, espondilitis, fiebre reumática y escleroderma, aumenta la cantidad y los leucocitos pueden llegar hasta 100.000 por mm³ con más del 50% de polimorfonucleares.. En lupus eritematoso y artritis reumatoidea, la dosificación de anticuerpos antinucleares y complemento o el factor reumatoide, puede esclarecer el diagnóstico. Los procesos sépticos articulares pueden dar color verde amarillento, leucocitos superiores a 10.000 por mm³ y glucosa inferior a 25 mg/dl con 75% de polimorfonucleares,

6 Bibliografía

- 1 Líquido sinovial <https://medineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/analisis-del-liquido-sinovial/>.
- 2.Pruebas bioquímicas <https://medineplus.gov/spanish/ency/article/003629.htm>.

Capítulo 310

EL TÉCNICO DE LABORATORIO ANTE EL EPSTEIN-BARR

ANA MARÍA VALENCIA LAGUNA

MANUELA GARCÍA ARIAS

BEATRIZ RODRÍGUEZ BACETE

MARÍA DEL PILAR GARCÍA MARTÍN

MARÍA DOLORES GARCÍA UCEDA

1 Introducción

El virus de Epstein-Barr (EBV) es un virus de ADN de doble cadena que infecta a los linfocitos B. Pertenecce a la familia de los herpesvirus y se descubrió en 1964. Puede causar una variedad de enfermedades y se propaga principalmente a través de la saliva que contiene células epiteliales infectadas por el virus.[1][3] Cerca del 95 % de los adultos en todo el mundo han sido infectados con EBV. Es un agente causal de la mononucleosis infecciosa.

El virus de Epstein-Barr es un herpesvirus con ADN de doble cadena encerrado en proteínas. La envoltura del virus tiene glicoproteínas, que son importantes para la unión y entrada a las células huésped (células B y células epiteliales). El EBV se dirige a las células B utilizando su maquinaria molecular para replicar el genoma viral. El virus hace que las células B se diferencien en células B de memoria, que luego pueden pasar al sistema circulatorio o volverse latentes hasta que un desencadenante provoque la reactivación.[1]

La transmisión del virus de Epstein-Barr ocurre de varias maneras, como besos profundos o compartir alimentos. Se encuentran niveles elevados de ADN viral en las secreciones salivales después de la infección inicial. Los niños pueden infectarse después de comer alimentos que ya hayan sido masticados por una persona infectada con EBV. La transmisión se ha producido a través del trasplante de células madre y órganos, así como a través de transfusiones de sangre.

2 Objetivos

Dar a conocer la enfermedad de la mononucleosis infecciosa y como se detecta en los pacientes por parte del laboratorio clínico y los técnico 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 con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Cuando el virus de Epstein-Barr (EBV) se introduce en la orofaringe, el virus comienza el proceso de replicación. Existe una predilección por la infección de las células B del tejido linfoide. La infección, posteriormente se va propagando a través del sistema linfático. El cuerpo reacciona desarrollando anticuerpos contra el virus. En el 90% o más de los casos, se producen anticuerpos heterófilos en respuesta a la infección por EBV. El EBV es una infección de por vida con reactivación periódica. En sistemas de respuesta inmunitaria deficientes, existe un pequeño riesgo de neoplasia maligna inducida por EBV, como el linfoma de Hodgkin.[4][5]

Como siempre, la evaluación inicial debe incluir la evaluación de las vías respiratorias para determinar que las vías respiratorias estén permeables y que no haya una oclusión o compromiso inminente. En raras ocasiones, el absceso o el edema pueden impedir el mantenimiento adecuado de las vías respiratorias. Además, la determinación de la estabilidad hemodinámica es importante para descartar

lesión esplénica concomitante o ruptura en la enfermedad aguda de mononucleosis. La evaluación de laboratorio con mayor frecuencia revelará linfocitosis, con un diferencial de linfocitos a menudo superior al 50%. La linfocitosis atípica de más del 10% se puede ver en el frotis de sangre. También se puede apreciar una leucocitosis generalizada y ocasionalmente trombocitopenia. Por lo general, no se necesitan imágenes en la evaluación de la mononucleosis. La prueba monospot (o anticuerpo heterófilo) para la mononucleosis es la prueba diagnóstica de elección y es casi 100% específica para la enfermedad. La sensibilidad de esta prueba está más cerca del 85%. Si el paciente está al principio de la enfermedad, la prueba puede ser falsamente negativa y debe repetirse más tarde durante el curso de la enfermedad. Si el diagnóstico no está claro, el paciente también debe someterse a una evaluación de infección estreptocócica mediante una prueba rápida de antígenos o un cultivo faríngeo.

El tratamiento es generalmente de apoyo para la mononucleosis. Los medicamentos antipiréticos y antiinflamatorios ayudan a tratar la fiebre, el dolor de garganta y la fatiga general que se observa en esta enfermedad. También se debe fomentar la hidratación, el descanso y una buena ingesta nutricional. Los corticosteroides generalmente no se recomiendan en el tratamiento de rutina de la mononucleosis debido a preocupaciones con la inmunosupresión; sin embargo, en casos de obstrucción de las vías respiratorias, los corticosteroides (y la posible consulta de otorrinolaringología) están indicados junto con el manejo adecuado de las vías respiratorias. En los casos en que los antibióticos se han administrado de manera inapropiada en pacientes con mononucleosis, se puede desarrollar una erupción maculopapular generalizada. Clásicamente, esto ocurre después de la administración de amoxicilina, pero también se puede observar con otros antibióticos. Todos los atletas deben evitar los deportes durante el curso temprano de la enfermedad (aproximadamente tres semanas) debido a que se observó agrandamiento del bazo en aproximadamente el 50 % de los pacientes con mononucleosis y el riesgo asociado de ruptura del bazo.[9][10]

La evaluación de laboratorio con mayor frecuencia revelará linfocitosis, con un diferencial de linfocitos a menudo superior al 50%. La linfocitosis atípica de más del 10% se puede ver en el frotis de sangre. También se puede apreciar una leucocitosis generalizada y ocasionalmente trombocitopenia. Por lo general, no se necesitan imágenes en la evaluación de la mononucleosis.

5 Discusión-Conclusión

La mononucleosis suele cursar con cuadros leves. La incidencia de ingreso por síndrome mononucleósico en nuestra población es de 0,026/1000 habitantes/ año. El síntoma más frecuente fue la odinofagia (55%) y la fiebre (35%). La astenia ha mostrado ser, de forma significativa, un síntoma ligado a la mononucleosis por EP en nuestra muestra. La neutropenia, la trombocitopenia y la elevación de las transaminasas son los rasgos analíticos más distintivos de la mononucleosis infecciosa por EP en nuestra muestra.

La mayoría de los pacientes llevan tratamiento con antipiréticos y antiinflamatorios y en algunos casos corticoides. Hay que tener especialmente atención en el uso de antibióticos, ya que si su uso es inadecuado, pueden desarrollar enfermedades graves.

6 Bibliografía

1. Odumade OA, Hogquist KA, Balfour HH. Progress and problems in understanding and managing primary Epstein-Barr virus infections. *Clin Microbiol Rev.* 2011 Jan;24(1):193-209.
2. Womack J, Jimenez M. Common questions about infectious mononucleosis. *Am Fam Physician.* 2015 Mar 15;91(6):372-6.
3. Dunmire SK, Verghese PS, Balfour HH. Primary Epstein-Barr virus infection. *J Clin Virol.* 2018 May;102:84-92.
4. Burnard S, Lechner-Scott J, Scott RJ. EBV and MS: Major cause, minor contribution or red-herring? *Mult Scler Relat Disord.* 2017 Aug;16:24-30.
5. Womack J, Jimenez M. Common questions about infectious mononucleosis. *Am Fam Physician.* 2015 Mar 15;91(6):372-6.
6. Koester TM, Meece JK, Fritsche TR, Frost HM. Infectious Mononucleosis and Lyme Disease as Confounding Diagnoses: A Report of 2 Cases. *Clin Med Res.* 2018 Dec;16(3-4):66-68.
7. Kolesnik Y, Zharkova T, Rzhetskaya O, Kvaratskheliya T, Sorokina O. [CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL CRITERIA FOR THE ADVERSE COURSE OF INFECTIOUS MONONUCLEOSIS IN CHILDREN]. *Georgian Med News.* 2018 May;(278):132-138.
8. Li Y, George A, Arnaout S, Wang JP, Abraham GM. Splenic Infarction: An Under-recognized Complication of Infectious Mononucleosis? *Open Forum Infect Dis.* 2018 Mar;5(3):ofy041.

Capítulo 311

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y EL ANÁLISIS DE MUESTRAS METALOGRÁFICAS

ANA MARÍA VALENCIA LAGUNA

MANUELA GARCÍA ARIAS

BEATRIZ RODRÍGUEZ BACETE

MARÍA DEL PILAR GARCÍA MARTÍN

MARÍA DOLORES GARCÍA UCEDA

1 Introducción

La metalografía es una técnica ampliamente utilizada en el campo de la ciencia de los materiales y la industria para evaluar la estructura y las propiedades de los metales. El análisis metalográfico es especialmente relevante en la investigación y control de calidad de materiales, así como en el diagnóstico de fallos en componentes metálicos.

El objetivo principal del análisis metalográfico es revelar la microestructura de un metal, es decir, la disposición y características de sus fases, granos, inclusiones y defectos. Esto se logra mediante la preparación adecuada de muestras y su posterior examen bajo microscopía metalográfica.

En este contexto, los técnicos superiores sanitarios en laboratorio desempeñan un papel fundamental en la realización de análisis metalográficos en el laboratorio. Su formación les permite llevar a cabo de manera eficiente las diferentes

etapas del proceso, como la preparación de muestras, el pulido, el ataque químico y el análisis microscópico.

El análisis de muestras metalográficas proporciona información crucial sobre la estructura interna de los metales, lo que permite comprender mejor su comportamiento mecánico, su resistencia, su durabilidad y su capacidad para soportar diferentes condiciones de uso. Además, el análisis metalográfico puede ayudar a identificar defectos de fabricación, determinar la calidad de un material y contribuir al desarrollo de nuevas aleaciones y tratamientos térmicos.

2 Objetivos

Los objetivos que se han planteado para la realización de la revisión, son los siguientes.

1. Identificar los trabajos y desempeños que realiza el técnico superior sanitario en laboratorio clínico en torno a las muestras metalográficas.
2. Observar las modalidades de análisis metalográficos clínicos que existen y sus abordajes de análisis.
3. Conocer las variables que se evalúan y las herramientas para la medición usadas en los estudios.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas

Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Pubmed, en Google Académico, SciELO y Scopus. Hemos realizado una búsqueda entre marzo de 2023 y julio de 2023.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: ("metallographic samples " OR "metallographic analysis" OR metallographic) AND ("health laboratory technician" OR

"laboratory technician". Hemos mantenido los mismos términos para las demás bases de datos consultadas.

4 Resultados

El análisis de muestras metalográficas en un laboratorio por parte de un Técnico

Superior Sanitario en Laboratorio implica seguir un proceso específico para evaluar la estructura y las propiedades de los metales. Estas son algunas de las etapas clave involucradas en el análisis de muestras metalográficas:

- **Preparación de la muestra:** El proceso comienza con la preparación adecuada de la muestra metalográfica. Esto implica seleccionar una sección representativa del metal y realizar un montaje adecuado, que puede implicar la inclusión en resina o la preparación de una lámina delgada.
- **Pulido:** Después de montar la muestra, se lleva a cabo el pulido para obtener una superficie lisa y libre de imperfecciones. Esto implica el uso de abrasivos de diferentes tamaños de partículas para eliminar las capas superficiales dañadas y lograr un acabado fino.
- **Ataque químico:** Una vez pulida la muestra, se realiza un ataque químico para revelar la microestructura del metal. Se aplican reactivos específicos que pueden resaltar diferentes fases y estructuras presentes en el material.
- **Microscopía:** Después del ataque químico, se examina la muestra utilizando un microscopio metalográfico. Esto permite observar y analizar la microestructura del metal a diferentes aumentos. El técnico debe estar familiarizado con el manejo del microscopio y la interpretación de las imágenes obtenidas.
- **Fotografía y documentación:** Es importante documentar visualmente los hallazgos. Se pueden tomar fotografías de la microestructura utilizando cámaras acopladas al microscopio para su posterior análisis y registro.
- **Análisis e interpretación:** Una vez que se han obtenido las imágenes, el técnico debe analizar e interpretar los resultados. Esto puede implicar la identificación de las fases presentes, la evaluación de la distribución de las fases, la medición de las dimensiones y la identificación de cualquier defecto o anomalía en la estructura del metal.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión podemos indicar en nuestra revisión que es importante destacar que el análisis metalográfico, por parte del técnico superior en laboratorio, puede requerir equipos especializados, como microscopios metalográficos, equipos de pulido y preparación de muestras, así como conocimientos técnicos específicos. Los técnicos superiores sanitarios en laboratorio suelen recibir formación en estas técnicas y están capacitados para llevar a cabo el análisis de muestras metalográficas de manera precisa y segura. Por último, se debe redactar un informe que resuma los resultados del análisis metalográfico. Este

informe debe incluir detalles sobre la muestra, los métodos utilizados, los resultados obtenidos y las conclusiones derivadas del análisis.

6 Bibliografía

1. ZAMORA-PARRA, B., & Viedma-Robles, A. (2016). Máquinas hidráulicas. Teoría y Problemas. Colombia: Universidad Politécnica de Cartagena.
2. SEALS and RUBBER Technology. (10 de abril de 2021). Retenes y soluciones en sellado SKF. Información general. Obtenido de <https://epidor.com/descargas/epidor-catalogo-retenes.pdf>
3. STRUERS. (2008). ProntoPress-20 Instruction Manual. Canadá: Denmark.
4. GONZAGA, L., & Rodríguez, J. (15 de marzo de 2021). Elementos de control y señalización (luce piloto y pulsadores). Obtenido de Gonzaga & Rodríguez Cía. Ltda.: <https://electricoindustrial.com.ec/2021/03/15/elementos-de-control-y-senalizacion/#content>
5. ASIS-SANCHEZ, J. Administración de toma de decisiones en el uso de máquinas. México: Instituto Tecnológico de Matamoros. (2020).
6. FERNANDEZ-GONZALEZ, J. Manual de Fito depuración. Filtros de macrofitas en flotación. España: Proyecto LIFE. (2011).
6. GARCÍA, J. Bomba Hidráulica de Engranajes. España: Temarios Formativos Profesionales. (2013).

Capítulo 312

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y EL USO DEL AUTOCLAVE EN LOS LABORATORIOS CLÍNICOS

ANA MARÍA VALENCIA LAGUNA

MANUELA GARCÍA ARIAS

BEATRIZ RODRÍGUEZ BACETE

MARÍA DEL PILAR GARCÍA MARTÍN

MARÍA DOLORES GARCÍA UCEDA

1 Introducción

El autoclave es una herramienta fundamental en el entorno clínico y hospitalario para la esterilización de instrumentos y materiales utilizados en procedimientos médicos y quirúrgicos. El correcto manejo y uso del autoclave es responsabilidad del Técnico Superior Sanitario en Laboratorio, quien juega un papel crucial en asegurar la eficacia de la esterilización y mantener los estándares de seguridad y calidad en el laboratorio.

En esta introducción, exploraremos la importancia del autoclave en el entorno clínico y hospitalario, y el papel del Técnico Superior Sanitario en Laboratorio en su utilización adecuada.

El autoclave es una herramienta que utiliza vapor de agua a alta presión y temperatura para eliminar microorganismos y lograr la esterilización de los instrumen-

tos y materiales médicos. Esta esterilización es esencial para prevenir infecciones y garantizar la seguridad de los pacientes y el personal médico.

El Técnico Superior Sanitario en Laboratorio desempeña un papel clave en el uso del autoclave. Su responsabilidad incluye la preparación adecuada de los instrumentos y materiales a esterilizar, la configuración correcta de los parámetros de esterilización, el mantenimiento y calibración periódica del autoclave, y el control de calidad para verificar la eficacia de la esterilización.

La seguridad es un aspecto fundamental en el manejo del autoclave, y el Técnico Superior Sanitario en Laboratorio se encarga de implementar y seguir las prácticas de seguridad adecuadas durante el proceso de esterilización. Esto incluye el manejo seguro de los materiales y el cumplimiento de las normas de seguridad para evitar riesgos asociados al calor y a la presión generada por el autoclave.

2 Objetivos

1. Identificar los trabajos y desempeños que realiza el técnico superior sanitario en laboratorio clínico en torno a la esterilización hospitalaria utilizando la autoclave.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas

Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Pubmed, en Google Académico, SciELO y Scopus. Hemos realizado una búsqueda entre diciembre de 2022 y agosto de 2023.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: ("sanitary autoclave sterilization" OR "autoclave sterilization" OR sterilization) AND ("health laboratory technician" OR "laboratory technician". Hemos mantenido los mismos términos para las demás bases de datos consultadas.

4 Resultados

El uso del autoclave en el entorno clínico y hospitalario es una práctica común para la esterilización de instrumentos y materiales médicos. Como Técnico Superior Sanitario en Laboratorio, el manejo adecuado del autoclave es una respons-

abilidad importante. A continuación, se describen las aplicaciones y las responsabilidades del Técnico Superior Sanitario en relación con el uso del autoclave:

- Esterilización de instrumentos y materiales: El autoclave es utilizado para la esterilización de instrumentos médicos, equipos y materiales utilizados en procedimientos clínicos y quirúrgicos. Estos pueden incluir instrumentos quirúrgicos, material de sutura, envases y ropa de sala de operaciones, entre otros. El Técnico Superior Sanitario en Laboratorio es responsable de preparar adecuadamente los elementos a esterilizar, siguiendo los protocolos establecidos para asegurar la eficacia del proceso de esterilización.
- Mantenimiento y calibración del autoclave: El Técnico Superior Sanitario en Laboratorio tiene la responsabilidad de realizar el mantenimiento y la calibración periódica del autoclave. Esto incluye la verificación de la temperatura, la presión y otros parámetros clave para garantizar su correcto funcionamiento. También es responsable de realizar el seguimiento de los registros de calibración y mantener el autoclave en condiciones óptimas de trabajo.
- Seguridad y control de calidad: El Técnico Superior Sanitario en Laboratorio se asegura de que se sigan las prácticas de seguridad adecuadas durante el uso del autoclave. Esto incluye el manejo seguro de los materiales y la prevención de riesgos asociados al calor y a la presión generada por el autoclave. Además, el técnico realiza controles de calidad para verificar la eficacia de la esterilización, como el uso de indicadores biológicos y químicos para asegurar la eliminación de microorganismos y endosporas.
- Documentación y trazabilidad: Es responsabilidad del Técnico Superior Sanitario en Laboratorio llevar un registro detallado de todos los ciclos de esterilización realizados en el autoclave. Esto incluye información como la fecha, el tiempo de esterilización, la carga procesada y los resultados de los controles de calidad. Esta documentación es importante para la trazabilidad y para asegurar el cumplimiento de las normas y regulaciones aplicables.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el autoclave desempeña un papel crucial en la esterilización de instrumentos y materiales en el entorno clínico y hospitalario. El Técnico Sanitario en Laboratorio es el responsable de garantizar el uso adecuado del autoclave, asegurando la esterilización eficaz, el cumplimiento de normas de seguridad y calidad, y la documentación precisa. Su labor contribuye a mantener la seguridad y la calidad en los procedimientos médicos y quirúrgicos, brindando protección a los pacientes y al personal médico en el entorno clínico y hospitalario.

Además, el Técnico Superior Sanitario en Laboratorio es responsable de mantener registros precisos y detallados de los ciclos de esterilización realizados en el autoclave, incluyendo información como la fecha, el tiempo de esterilización, la carga procesada y los resultados de los controles de calidad. Estos registros son esenciales para la trazabilidad y el cumplimiento de los estándares de calidad y regulaciones aplicables.

6 Bibliografía

1. Valero, A. S. (2016). Evaluación de los procedimientos para desinfección de limas endodónticas que realizan estudiantes de las clínicas odontológicas de la universidad de Santo Tomás. Bucaramanga, Colombia.
2. Vázquez Rodríguez, R. G.-G.-C. (2018). Vázquez Rodríguez, R. Gómez Suárez, A. Estany-Gestal, M.J. Mora Bermúdez, P. Var Control de la infección cruzada en los laboratorios de prótesis dental de Galicia. An. Sist. Sanit. Navar, Vol. 41, N° 1, 75-82.
3. Guijarro, J. (2018). Verificación de los procesos de esterilización mediante indicadores biológicos en los equipos de consultorios dentales de San Luis Potosí primera etapa. San Luis Potosí., México.
4. Especialistas en esterilización y envase. (2019). Bolsas autosellantes para esterilizar. Obtenido de <https://grupoeee.com/item/index/bolsas-autosellantesparaesterilizar-pmg-8>
5. Espinoza, K. (2016). Evaluación bacteriológica en limas de endodoncia post esterilización antes de la preparación biomecánica en pacientes atendidos por alumnos del VII ciclo en la Clínica Docente- Medico Odontológica de la universidad privada de Tacna. Tacna., Perú.

Capítulo 313

TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE LA RADIOGRAFÍA DE MAMA O MAMOGRAFÍA

PAULA BURGALETA VÁZQUEZ

LAURA LÓPEZ ESCRIBANO

PAULA CEA MARTINEZ

SARA LAZARO LOPEZ

MARTA PIRE SOLAUN

1 Introducción

La radiografía de mama, también conocida como mamografía, es una técnica de imagenología utilizada para detectar y evaluar posibles anomalías en los tejidos mamarios. Es una herramienta esencial en la detección temprana del cáncer de mama y otras afecciones mamarias. Durante una mamografía, la mama se comprime entre dos placas para obtener imágenes detalladas.

La mamografía es especialmente importante para las mujeres, ya que el cáncer de mama es uno de los cánceres más comunes. La detección temprana a través de la mamografía puede aumentar significativamente las posibilidades de un tratamiento exitoso. Las imágenes mamográficas pueden mostrar masas, calcificaciones y otros signos de preocupación.

La función principal del técnico de rayos en la mamografía es posicionar y comprimir la mama adecuadamente para obtener imágenes claras y precisas. Esto requiere habilidad para garantizar la comodidad del paciente y minimizar la dosis de radiación. Además, el técnico debe colaborar con el paciente para explicar el procedimiento y asegurarse de que esté informado y relajado.

La mamografía también es utilizada en estudios de detección rutinaria, así como en casos de seguimiento para evaluar cambios en el tejido mamario. Es importante destacar que la interpretación de las imágenes mamográficas es realizada por radiólogos especializados en diagnóstico por imágenes.

La radiografía de mama o mamografía es una técnica vital en la detección temprana y evaluación de afecciones mamarias, particularmente en la detección del cáncer de mama. El técnico de rayos desempeña un papel esencial en la obtención de imágenes de alta calidad y en la comodidad y seguridad del paciente durante el procedimiento.

2 Objetivos

Describir las distintas funciones que tiene el técnico de rayos en la mamografía.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 papel del técnico de rayos en la realización de una radiografía de mama, o mamografía, es de suma importancia para asegurar una obtención de imágenes de calidad y la comodidad y seguridad del paciente. Sus funciones abarcan desde la preparación del equipo hasta la colaboración con el paciente y la garantía de cumplimiento de estándares de seguridad radiológica. Aquí se detallan las responsabilidades clave que desempeña el técnico de rayos en este proceso:

Preparación y educación del paciente: El técnico debe explicar al paciente el procedimiento de la mamografía, responder a preguntas y tranquilizar cualquier inquietud. Proporcionar información sobre la importancia de la detección temprana del cáncer de mama es esencial.

Posicionamiento adecuado: Posicionar la mama adecuadamente en la máquina mamográfica es crucial para obtener imágenes precisas. El técnico debe guiar al paciente para que la mama se coloque en la posición correcta y asegurarse de que esté correctamente alineada con el equipo de rayos X.

Compresión mamaria: La compresión suave pero firme de la mama es necesaria para obtener imágenes detalladas y reducir la dosis de radiación. El técnico debe realizar esta compresión de manera delicada y respetuosa, garantizando la comodidad del paciente.

Ajuste de parámetros de exposición: Configurar los ajustes de exposición según las características del paciente y la región mamaria es vital. El técnico debe seleccionar los parámetros adecuados para lograr imágenes de alta calidad con la menor dosis de radiación posible.

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: Durante la mamografía, el técnico colabora con el paciente para asegurarse de que esté relajado y siga las instrucciones de posición y compresión.

Control de calidad: El técnico debe verificar la calidad de las imágenes mamográficas obtenidas antes de finalizar el procedimiento, asegurándose de que sean claras y detalladas.

Documentación y registros: Registrar los detalles del procedimiento radiográfico es esencial para el seguimiento y la documentación del historial del paciente.

El técnico de rayos desempeña un papel crítico en la obtención de mamografías de alta calidad, lo que contribuye directamente a la detección temprana y el diagnóstico del cáncer de mama. Su habilidad para operar el equipo con precisión, interactuar con el paciente y garantizar la seguridad radiológica es esencial para la salud y el bienestar de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación esencial para obtener una radiografía de mama de calidad es que el paciente siga las instrucciones de posición y compresión de manera precisa y sin movimiento durante la exposición. El técnico debe asegurarse de que la mama esté colocada correctamente y comprimida de manera suave pero firme. Configurar los parámetros de exposición adecuados es crucial para obtener imágenes claras y detalladas con una dosis de radiación mínima. Tanto el paciente como el personal deben usar delantales y protectores de plomo para protegerse de la radiación. La colaboración entre el técnico y el paciente es esencial para lograr resultados óptimos y asegurar la seguridad durante todo el procedimiento.

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 314

TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE UNA BIOPSIA MAMARIA

PAULA BURGALETA VÁZQUEZ

LAURA LÓPEZ ESCRIBANO

PAULA CEA MARTINEZ

SARA LAZARO LOPEZ

MARTA PIRE SOLAUN

1 Introducción

La biopsia mamaria es un procedimiento médico en el cual se extrae una muestra de tejido de la mama para su análisis y diagnóstico. Este procedimiento se realiza cuando se encuentran anormalidades en los resultados de exámenes como mamografías o ultrasonidos, con el propósito de determinar si hay presencia de células cancerosas u otras afecciones. La biopsia mamaria ayuda a confirmar el diagnóstico y guiar el tratamiento.

Existen varios métodos de biopsia mamaria, que incluyen la biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF), biopsia por punción con aguja gruesa (BAG), biopsia por escisión, y biopsia guiada por imagen (mamografía, ultrasonido o resonancia magnética). El médico y el radiólogo seleccionan el método más adecuado en función de la ubicación de la lesión y otros factores.

Durante el procedimiento, el técnico de rayos X o el radiólogo guían la aguja o instrumento de biopsia hacia la lesión utilizando imágenes de rayos X o ultrasonido para asegurarse de que se obtenga una muestra precisa. Luego, el tejido se envía al laboratorio para su análisis patológico.

La biopsia mamaria es un paso importante en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, así como en otras afecciones mamarias. El objetivo es proporcionar una evaluación precisa del tejido afectado y determinar el curso de acción adecuado para el paciente. Es fundamental para tomar decisiones informadas sobre la atención médica y garantizar la detección temprana y el tratamiento eficaz.

2 Objetivos

Mostrar las distintas funciones que tiene el técnico de rayos en la biopsia mamaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 auxiliares de enfermería desempeña un papel esencial en el proceso de la biopsia mamaria, brindando apoyo tanto al paciente como al equipo médico. Sus funciones son cruciales para garantizar la comodidad del paciente, mantener un ambiente seguro y colaborar eficazmente en el procedimiento. Aquí se detallan las responsabilidades clave que desempeña el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en este proceso:

Preparación del paciente: El técnico se encarga de recibir al paciente, explicar el procedimiento y responder a sus preguntas e inquietudes. Asegura que el paciente esté cómodo y emocionalmente preparado para la biopsia mamaria.

Apoyo emocional: La biopsia mamaria puede generar ansiedad en los pacientes.

El técnico brinda apoyo emocional, tranquiliza al paciente y establece un ambiente de confianza.

Preparación del entorno: El técnico colabora en la preparación del área de procedimiento, asegurando que esté limpio y organizado con el equipo necesario.

Asistencia al médico: Durante el procedimiento, el técnico colabora con el médico al proporcionar los instrumentos y suministros necesarios. Esto incluye ayudar a sostener el equipo de imagenología, como el ultrasonido o la máquina de rayos X.

Posicionamiento del paciente: Colabora en el posicionamiento del paciente de manera adecuada y cómoda para permitir al médico acceder a la lesión mamaria con precisión.

Monitorización: El técnico mantiene una vigilancia constante sobre el paciente durante el procedimiento, observando su comodidad y respondiendo a sus necesidades.

Recopilación de muestras: Después de la biopsia, el técnico se encarga de recibir y etiquetar las muestras de tejido obtenidas, asegurando la correcta identificación y manejo de las mismas.

Apoyo post-procedimiento: Después de la biopsia, el técnico brinda cuidados posteriores al paciente, ayudándolo a recuperarse y proporcionándole información sobre los cuidados a seguir.

Documentación: El técnico registra con precisión los detalles del procedimiento, como la fecha, la técnica utilizada y cualquier observación relevante en el historial del paciente.

Educación: Proporciona información al paciente sobre los cuidados posteriores a la biopsia, instrucciones de cuidados en el hogar y los pasos a seguir.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería juega un rol esencial en la biopsia mamaria, asegurando la comodidad y seguridad del paciente, así como la colaboración efectiva con el equipo médico. Su apoyo emocional, habilidades de comunicación y capacidad para trabajar en equipo son cruciales para un procedimiento exitoso y una atención integral al paciente.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación clave del técnico de rayos en la realización de una biopsia mamaria es mantener la calma y la colaboración durante todo el proceso. Brindar apoyo emocional al paciente, explicar el procedimiento con claridad y responder a sus preguntas es fundamental para reducir la ansiedad. Además, colaborar eficazmente con el equipo médico y estar atento a las necesidades del paciente garantiza una experiencia positiva. Asegurarse de que el paciente esté en una posición cómoda y segura, así como seguir las instrucciones del médico con precisión, es esencial para obtener muestras de tejido de calidad. Mantener una comunicación abierta y asegurar que el entorno esté organizado y limpio son pasos clave para una biopsia mamaria exitosa y segura.

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 315

EL TÉCNICO DE RAYOS EN LA COLOCACIÓN DE LA PRÓTESIS MAMARIA

PAULA BURGALETA VÁZQUEZ

LAURA LÓPEZ ESCRIBANO

PAULA CEA MARTINEZ

SARA LAZARO LOPEZ

MARTA PIRE SOLAUN

1 Introducción

Una prótesis mamaria es un dispositivo médico diseñado para reconstruir o mejorar la apariencia y forma del seno después de una mastectomía (extirpación quirúrgica del seno) o en casos de asimetría mamaria. Puede ser utilizada de manera temporal o permanente, dependiendo de las necesidades y preferencias de la paciente.

Las prótesis mamarias pueden ser de distintos tipos: externas, que se colocan dentro de un sujetador o bolsillo especialmente diseñado en la ropa, o internas, que se implantan quirúrgicamente. Las prótesis externas son generalmente de silicona, espuma o gel, y están diseñadas para brindar forma y simetría al seno. Las prótesis internas, por otro lado, son generalmente implantes de gel de silicona o solución salina, y se colocan mediante cirugía plástica.

Las prótesis mamarias pueden ser una parte importante de la recuperación física y emocional de las personas que han pasado por una mastectomía. Pueden ayudar a restaurar la autoconfianza y la imagen corporal, así como a mejorar la comodidad al vestir.

La elección de la prótesis y el momento de su uso dependen de varios factores, como la salud general de la paciente, su preferencia personal y la recomendación del equipo médico. El proceso de adaptación y selección de la prótesis es guiado por especialistas, como cirujanos plásticos y especialistas en cuidados de salud mamaria.

Las prótesis mamarias son dispositivos médicos que desempeñan un papel importante en la restauración de la apariencia y la autoconfianza de las personas que han pasado por una mastectomía. Su elección y uso dependen de las necesidades individuales y las recomendaciones médicas, y pueden ser una herramienta valiosa para mejorar la calidad de vida después de una cirugía de mama.

2 Objetivos

Mostrar las distintas funciones que tiene el técnico de rayos en la colocación de la prótesis mamaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 no suele estar directamente involucrado en la colocación de prótesis mamarias, ya que este proceso generalmente es llevado a cabo por cirujanos plásticos o especialistas médicos. Sin embargo, en algunos casos, el técnico de rayos podría tener ciertas funciones relacionadas con la evaluación y seguimiento de la prótesis. Aquí se detallan algunas posibles responsabilidades que el técnico podría tener en este contexto:

Preparación del paciente: El técnico podría ayudar en la preparación del paciente antes de la cirugía, asegurándose de que esté informado sobre el proceso y tenga una comprensión clara de lo que sucederá durante la colocación de la prótesis.

Apoyo logístico: En algunos casos, el técnico podría ayudar en la preparación del área quirúrgica, asegurando que los equipos y suministros necesarios estén listos y disponibles para el cirujano.

Asistencia con la imagenología: En situaciones en las que se requiera una evaluación de imagen para guiar la colocación de la prótesis (por ejemplo, con el uso de técnicas de imagen intraoperatoria), el técnico de rayos podría ayudar en la configuración y operación de los equipos de imagenología.

Documentación: En caso de que se utilicen imágenes para guiar la cirugía, el técnico podría ser responsable de documentar las imágenes obtenidas y cualquier otro detalle relevante en los registros médicos.

Es importante destacar que las responsabilidades y funciones específicas del técnico de rayos en la colocación de prótesis mamarias pueden variar según el entorno médico y las prácticas locales. En general, su papel suele ser de apoyo logístico y técnico en relación con la imagenología utilizada en el proceso de colocación. El equipo médico, incluyendo cirujanos y especialistas, es el que tomará la decisión y llevará a cabo la colocación de la prótesis mamaria de manera segura y efectiva.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación clave del técnico de rayos en relación con la colocación de prótesis mamaria es colaborar estrechamente con el equipo médico y seguir las instrucciones precisas del cirujano plástico o especialista. Si se requiere imagenología para guiar el procedimiento, asegurarse de que los equipos estén configurados correctamente y listos para obtener imágenes de alta calidad. Mantener una comunicación clara y constante con el equipo médico, asegurando que el proceso de colocación se desarrolle sin contratiempos. Además, recordar la importancia de la empatía y el apoyo al paciente en este proceso, brindando información y tranquilidad para contribuir a una experiencia positiva y segura.

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 316

EL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE UNA ECOGRAFÍA EN EL SERVICIO

LAURA VIVANCOS RODADO

SALVADOR ANSON RODRÍGUEZ

LAURA GARCÍA OLANO

CORAL ROMERAL VERA

PATRICIA CELAYA ORFILA

1 Introducción

Una ecografía es un procedimiento médico de diagnóstico por imágenes que se realiza en el servicio de rayos X, aunque más específicamente, se lleva a cabo en una subespecialidad conocida como ecografía o ultrasonido. A diferencia de la radiografía convencional o la tomografía computarizada, la ecografía utiliza ondas de sonido de alta frecuencia en lugar de radiación ionizante para obtener imágenes detalladas del interior del cuerpo humano.

Durante una ecografía, un técnico o tecnólogo en ultrasonido aplica un gel especial en el área del cuerpo que se va a estudiar y luego desliza un transductor, que emite y recoge las ondas ultrasónicas, sobre la piel. A medida que las ondas ultrasónicas rebotan en las estructuras internas del cuerpo, se generan imágenes en tiempo real en un monitor, que el técnico interpreta y registra.

Este procedimiento se utiliza ampliamente para evaluar una variedad de órganos y sistemas, como el corazón, los órganos abdominales, el sistema reproductivo, el sistema vascular y las articulaciones, entre otros. La ecografía es especialmente valiosa en el seguimiento del embarazo, la evaluación del flujo sanguíneo y la detección temprana de afecciones médicas.

Una de las principales ventajas de la ecografía es que es segura, no invasiva y no utiliza radiación ionizante, lo que la hace adecuada para su uso en diversas poblaciones, incluyendo mujeres embarazadas y niños. Además, es una herramienta versátil y ampliamente disponible en entornos de atención médica, incluyendo el servicio de rayos X, lo que la convierte en una herramienta esencial para el diagnóstico y seguimiento de diversas condiciones médicas.

2 Objetivos

El objetivo de esta publicación es poder explicar las distintas funciones que tiene el técnico de rayos en la realización de una ecografía.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 ecografía o ecografista, desempeña un papel esencial en la realización de una ecografía. Aquí se detallan sus principales funciones:

Preparación del paciente: El técnico inicia el procedimiento explicando el proceso al paciente, respondiendo preguntas y tranquilizando cualquier preocupación. Prepara al paciente físicamente, asegurando que la zona a examinar esté accesible y cómoda.

Configuración del equipo: Ajusta y calibra el equipo de ecografía para obtener

imágenes claras y precisas. Esto incluye la selección de la frecuencia de ultrasonido adecuada y los parámetros de imagen óptimos para el área específica del cuerpo que se examinará.

Aplicación del gel: Aplica un gel conductor en la piel sobre la zona de interés. Este gel mejora la transmisión de las ondas ultrasónicas y facilita la obtención de imágenes.

Manipulación del transductor: Utiliza el transductor, una sonda que emite y recibe ondas ultrasónicas, para explorar la zona de interés. Debe moverlo hábilmente y mantener un ángulo apropiado para obtener vistas claras y detalladas.

Captura de imágenes: Durante la exploración, el técnico captura imágenes en tiempo real en un monitor. Debe identificar y registrar las vistas más relevantes que ayudarán al médico en el diagnóstico.

Medición y cálculos: En algunos casos, se requieren mediciones precisas de estructuras anatómicas, como el tamaño de un feto o un órgano. El técnico debe realizar estas mediciones de manera meticulosa.

Comunicación con el médico: El técnico colabora estrechamente con el radiólogo o el médico solicitante, compartiendo sus observaciones y discutiendo los hallazgos relevantes. Esto es crucial para la interpretación adecuada de las imágenes.

Registro de datos: Documenta de manera detallada el procedimiento, incluyendo datos del paciente, imágenes capturadas, mediciones realizadas y cualquier observación relevante. Esta información es esencial para el registro médico y la toma de decisiones clínicas.

Mantenimiento del equipo: Es responsable de mantener y limpiar el equipo de ecografía, asegurándose de que esté en condiciones óptimas de funcionamiento.

Educación al paciente: Después del procedimiento, brinda información al paciente sobre los próximos pasos y las posibles recomendaciones médicas.

El técnico de rayos en la ecografía juega un papel fundamental al preparar al paciente, operar el equipo de ecografía, capturar imágenes de alta calidad y comunicarse efectivamente con el equipo médico. Su experiencia y habilidades son esenciales para obtener diagnósticos precisos y proporcionar atención de calidad al paciente.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal del técnico de rayos en la realización de una ecografía es mantener una comunicación constante y efectiva con el paciente. Explicar el procedimiento de manera clara y comprensible, responder a las preguntas y preocupaciones del paciente, y ofrecer apoyo emocional son aspectos fundamentales. Cuando el paciente se siente cómodo y confiado, es más probable que coopere y permanezca inmóvil durante el examen, lo que garantiza la obtención de imágenes de alta calidad.

Además, la empatía y la sensibilidad son clave al lidiar con pacientes en situaciones delicadas, como estudios obstétricos. Siempre debe mantener la privacidad y el respeto por la dignidad del paciente.

En resumen, una comunicación efectiva y compasiva con el paciente es esencial para lograr una ecografía exitosa, proporcionando un ambiente de atención óptimo y facilitando la cooperación del paciente para obtener resultados diagnósticos precisos.

6 Bibliografía

1. Rodriguez Yslachin, H. J. Hospital oncológico pediátrico en San Juan de Lurigancho.

Capítulo 317

EL TÉCNICO DE RAYOS EN LAS DISTINTAS TÉCNICAS POR RESONANCIA MAGNÉTICA

LAURA VIVANCOS RODADO

SALVADOR ANSON RODRÍGUEZ

LAURA GARCÍA OLANO

CORAL ROMERAL VERA

PATRICIA CELAYA ORFILA

1 Introducción

Las técnicas de imagen por resonancia magnética (IRM o RM) son una poderosa modalidad de diagnóstico por imágenes que utiliza campos magnéticos y ondas de radio para crear imágenes detalladas del interior del cuerpo humano. Este método se basa en la resonancia magnética de los núcleos de hidrógeno presentes en el cuerpo. A continuación, se presenta un resumen de las principales características y aplicaciones de las técnicas de RM.

La RM ofrece ventajas significativas en comparación con otras modalidades de imagen, como la tomografía computarizada (TC) o la radiografía, ya que no utiliza radiación ionizante, lo que la convierte en una opción segura para pacientes de todas las edades, incluyendo mujeres embarazadas. Además, proporciona imá-

genes de alta resolución y contraste, lo que la hace especialmente útil en la visualización de tejidos blandos, como el cerebro, los músculos, los vasos sanguíneos y las articulaciones.

La RM se utiliza en una amplia variedad de aplicaciones clínicas, como la evaluación de trastornos neurológicos, musculoesqueléticos y cardíacos, la detección temprana de tumores, la evaluación de lesiones traumáticas y el mapeo del flujo sanguíneo en el cuerpo. También es esencial en la planificación de tratamientos y cirugías, como la cirugía cerebral y la extracción de tumores.

La técnica de RM se basa en la generación de señales de resonancia magnética de los núcleos de hidrógeno, que varían según el tipo de tejido y la densidad de protones. Estas señales se traducen en imágenes por medio de un proceso computarizado, lo que permite la obtención de imágenes en diferentes planos, como axial, sagital y coronal, para una evaluación exhaustiva de la anatomía.

Las técnicas de RM son una modalidad de diagnóstico por imágenes no invasiva, segura y altamente versátil que proporciona imágenes de alta calidad y contraste para una variedad de aplicaciones clínicas. Su capacidad para visualizar tejidos blandos y su ausencia de radiación ionizante la convierten en una herramienta esencial en la atención médica moderna.

2 Objetivos

El objetivo de esta publicación es poder explicar las distintas funciones que tiene el técnico de rayos en la realización de resonancias magnéticas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 que trabaja en las técnicas de imagen por resonancia magnética (IRM) desempeña un papel crucial en la obtención de imágenes de alta calidad y la seguridad del paciente durante el procedimiento. A continuación, se describen sus principales funciones:

Preparación del paciente: El técnico de rayos es responsable de recibir al paciente y explicar el procedimiento de IRM. Debe proporcionar información sobre la necesidad de permanecer inmóvil durante el escaneo y asegurarse de que el paciente esté cómodo y tranquilo. También debe recopilar información relevante sobre la salud del paciente, como alergias o antecedentes médicos.

Configuración del equipo: Antes de realizar el escaneo, el técnico debe configurar y calibrar el equipo de IRM. Esto incluye seleccionar los parámetros de imagen apropiados, como el tipo de secuencia y la orientación de los cortes, para obtener imágenes diagnósticas precisas.

Posicionamiento del paciente: El técnico debe posicionar al paciente de manera precisa en la camilla de IRM y colocar cuidadosamente las bobinas de recepción en la zona de interés. Esto es fundamental para obtener imágenes de alta calidad y garantizar que se visualicen las estructuras deseadas.

Seguridad radiológica: La seguridad es una prioridad. El técnico debe asegurarse de que tanto el paciente como el personal estén protegidos de la radiación electromagnética de la IRM. Además, debe verificar que no haya objetos metálicos en el área de exploración, ya que estos pueden interferir con el escaneo y representar un riesgo para el paciente.

Supervisión y monitoreo: Durante el escaneo, el técnico debe supervisar al paciente a través de una ventana o sistema de comunicación bidireccional. Debe estar preparado para responder a cualquier necesidad o inquietud que el paciente pueda tener.

Colaboración con el equipo médico: El técnico trabaja en estrecha colaboración con el radiólogo o el médico solicitante. Comparte sus observaciones y discute cualquier hallazgo relevante que pueda influir en la interpretación de las imágenes.

Documentación y registro: El técnico registra datos clave sobre el procedimiento, incluyendo los parámetros utilizados, la duración del escaneo y cualquier inci-

dente o cambio en el estado del paciente. Esta documentación es fundamental para el registro médico y el seguimiento de la atención al paciente.

Mantenimiento del equipo: Es responsabilidad del técnico asegurarse de que el equipo de IRM esté en condiciones óptimas de funcionamiento. Esto incluye realizar mantenimiento preventivo y comunicar cualquier problema técnico para su reparación o calibración.

El técnico de rayos en las técnicas de IRM desempeña un papel esencial en cada etapa del procedimiento, desde la preparación del paciente hasta la adquisición de imágenes de alta calidad. Su competencia y atención meticulosa son cruciales para garantizar que se obtengan imágenes diagnósticas precisas y que el paciente reciba atención segura y efectiva.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal del técnico de rayos en la realización de una resonancia magnética (RM) es la colaboración activa y la comunicación efectiva con el paciente. Es esencial explicar claramente el procedimiento, aliviar las preocupaciones del paciente y asegurarse de que comprenda la importancia de permanecer quieto durante la RM para obtener imágenes de alta calidad.

Además, mantener un ambiente relajado y tranquilizador puede ayudar a reducir la ansiedad del paciente. La empatía y la sensibilidad son clave al tratar con pacientes que pueden estar nerviosos o claustrofóbicos.

La seguridad radiológica también es fundamental. El técnico debe verificar que el paciente no tenga objetos metálicos en su persona y asegurarse de que se haya retirado cualquier dispositivo o implante que pueda interferir con el escaneo.

La comunicación efectiva, la empatía y la atención a la seguridad son esenciales para garantizar que una RM se realice con éxito, proporcionando un ambiente de atención óptimo y facilitando la cooperación del paciente para obtener imágenes diagnósticas precisas.

6 Bibliografía

1. Rodriguez Yslachin, H. J. Hospital oncológico pediátrico en San Juan de Lurigancho.

Capítulo 318

EL TÉCNICO DE RAYOS EN LA RADIOFARMACIA

LAURA VIVANCOS RODADO

SALVADOR ANSON RODRÍGUEZ

LAURA GARCÍA OLANO

CORAL ROMERAL VERA

PATRICIA CELAYA ORFILA

1 Introducción

La radiofarmacia es una disciplina altamente especializada en el ámbito de la medicina nuclear que desempeña un papel fundamental en el diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades. Esta técnica se centra en la preparación, control de calidad y manejo seguro de radiofármacos, que son compuestos químicos que incorporan isótopos radiactivos. Estos radiofármacos son esenciales en la obtención de imágenes médicas avanzadas y en la terapia de enfermedades como el cáncer y las afecciones tiroideas.

La preparación de radiofármacos exige la máxima precisión y cumplimiento de regulaciones rigurosas, ya que involucra materiales radiactivos. Los radiofarmacéuticos o técnicos de rayos son profesionales altamente entrenados que se encargan de sintetizar y producir estos compuestos en laboratorios especializados. En el ámbito clínico, los radiofármacos se administran a los pacientes para la obtención de imágenes diagnósticas mediante gammagrafías o tomografías por

emisión de positrones (PET) y para el tratamiento de enfermedades específicas. La seguridad radiológica es una prioridad absoluta en la radiofarmacia, y todos los procedimientos se llevan a cabo siguiendo estrictos protocolos de protección radiológica.

La radiofarmacia desempeña un papel esencial en la medicina moderna al permitir diagnósticos más precisos y terapias dirigidas, lo que conduce a una atención médica más efectiva y personalizada. Además, contribuye significativamente a la investigación biomédica, impulsando el desarrollo de nuevos radiofármacos y técnicas avanzadas en medicina nuclear.

2 Objetivos

El objetivo de esta publicación es poder explicar las distintas funciones que tiene el técnico de rayos en la radiofarmacia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 que participa en la técnica de radiofarmacia desempeña un rol esencial en la preparación y manejo seguro de radiofármacos, compuestos radiactivos utilizados en medicina nuclear para diagnóstico y tratamiento. Sus funciones son fundamentales para asegurar la calidad, precisión y seguridad en la administración de estos compuestos. A continuación, se detallan sus principales responsabilidades:

Preparación y dispensación: El técnico de radiofarmacia es responsable de preparar los radiofármacos siguiendo protocolos específicos. Esto incluye la medición precisa de las cantidades necesarias de radioisótopos y otros componentes químicos, garantizando la correcta concentración y actividad del radiofármaco. Además, debe asegurarse de etiquetar correctamente los frascos o jeringas que contienen los radiofármacos y registrar toda la información relevante.

Control de calidad: El técnico realiza pruebas de control de calidad para verificar la pureza radioquímica, estabilidad y actividad del radiofármaco preparado. Esto incluye pruebas de identidad, análisis de muestra y verificación de que el radiofármaco cumple con los estándares establecidos.

Seguridad radiológica: Una parte crucial de su función es garantizar la seguridad radiológica durante todo el proceso. Esto incluye la manipulación segura de material radiactivo, el uso de escudos y barreras de protección, así como la adhesión a las normativas y regulaciones de seguridad radiológica para proteger al personal y al público.

Mantenimiento y calibración de equipos: El técnico debe asegurarse de que los equipos utilizados para la preparación y medición de radiofármacos estén en condiciones óptimas de funcionamiento. Esto puede incluir la calibración regular de equipos de dosimetría y la revisión de dispositivos de seguridad.

Documentación y registros: La documentación precisa es esencial en la radiofarmacia. El técnico registra todos los pasos del proceso de preparación, resultados de pruebas de control de calidad y cualquier observación relevante. Estos registros son vitales para el cumplimiento regulatorio y la trazabilidad del producto.

Colaboración interdisciplinaria: Trabaja en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como médicos nucleares y tecnólogos en medicina nuclear, para coordinar la administración segura y eficiente de los radiofármacos.

El técnico de rayos en la radiofarmacia desempeña un rol crítico en la preparación, control de calidad y seguridad de los radiofármacos utilizados en medicina nuclear. Su competencia en el manejo de material radiactivo y su atención meticulosa a los procedimientos y regulaciones son esenciales para garantizar que los radiofármacos sean administrados con precisión y seguridad en beneficio de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal del técnico de rayos en la técnica de radiofarmacia es priorizar la seguridad radiológica en cada etapa del proceso. Asegurarse de seguir rigurosamente las normativas y procedimientos establecidos para la manipulación, preparación y administración de radiofármacos. Esto incluye el uso adecuado de escudos y barreras de protección, así como la identificación y eliminación de cualquier posible fuente de error. Además, mantener una comunicación clara y constante con el equipo médico y los pacientes es fundamental para garantizar la correcta administración y minimizar los riesgos asociados. La seguridad del personal, pacientes y público debe ser la prioridad máxima, asegu-

rando una atención de calidad y sin compromisos en el uso de radiofármacos en la medicina nuclear.

6 Bibliografía

1. Rodríguez Yslachin, H. J. Hospital oncológico pediátrico en San Juan de Lurigancho.

Capítulo 319

DETECCIÓN DEL CÓDIGO ICTUS CON TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA

ANA GARCÍA MARÍN

ELVIRA ZAMORANO BARROSO

MARIBEL CRELGO HERRERO

MARÍA SABINO AMADO

ROCÍO LÓPEZ JESÚS

1 Introducción

El ictus, también llamado infarto cerebral o embolia, es una enfermedad cerebrovascular. Ocurre cuando se obstruye o se rompe un vaso sanguíneo y se reduce el flujo de sangre que le llega al cerebro. Las células nerviosas dejan de recibir el oxígeno necesario y dejan de funcionar, debido a que la sangre no está llegando al cerebro en la cantidad necesaria.

El ictus grave isquémico conlleva una emergencia sanitaria con un elevado riesgo de muerte en todo el mundo.

El código ictus es un protocolo médico que se activa inmediatamente para poder detectar de forma precoz el accidente cerebrovascular de origen isquémico y poder poner en marcha las medidas necesarias para evitar la muerte del paciente o disminuir las consecuencias que posteriormente pueda causar dicha enfermedad.

La tomografía computarizada multimodal está considerada la técnica más adecuada para su diagnóstico gracias a ser un método rápido, eficaz y disponible. Según los datos del grupo de estudios de enfermedades cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología, En Europa mueren unas 650000 personas de ictus, de los que 40000 son en España.

Es una enfermedad, que normalmente, se desarrolla muy rápido, llegando a causar lesión cerebral en pocos minutos. Y menos habitualmente, sus síntomas van incrementando al cabo de las horas.

2 Objetivos

- Dar a conocer la importancia del radiodiagnóstico de ciertas enfermedades muy presentes hoy en día y que causan tantas muertes como es el ictus.
- Mostrar la relevancia de la tomografía computarizada para detectar dicha enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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.

Además, se aplican los conocimientos adquiridos durante la experiencia profesional como técnicos superiores en imagen para el diagnóstico, de los autores y los coautores que participan en ello.

4 Resultados

El ictus constituye la primera causa de muerte de las mujeres, la segunda de los hombres y es la primera causa de invalidez permanente.

El 85% de los ictus son de origen isquémico y el 15% hemorrágicos

- El ictus isquémico o infarto cerebral:

Sucede cuando una arteria se obstruye, en su mayoría, por un trombo o por un coágulo de sangre. La cantidad de oxígeno que llega al cerebro queda disminuida debido al trombo que se produce que limita de forma total o parcial el flujo de sangre.

- El ictus hemorrágico:

Es menos frecuente, ocurre entre un 10 y 15 por ciento de los casos de ictus. Se produce cuando se rompe un vaso sanguíneo (una arteria o vena), causando una hemorragia en el cerebro. Las células nerviosas pierden su funcionamiento y mueren en cuestión de minutos debido a que deja de llegarle oxígeno al cerebro. La fibrilación auricular es otra causa de ictus bastante importante. Es un tipo de arritmia muy frecuente y supone un gran problema de salud.

El pronóstico del ictus va a depender de la rapidez en el diagnóstico y el posterior tratamiento.

La tomografía computarizada multimodal es la prueba diagnóstica clave para la detección, evaluación y diagnóstico del ictus gracias a ser el método accesible más rápido y eficaz para ello.

Los objetivos del diagnóstico del ictus en el TAC son:

- Poder descartar un origen hemorrágico o alguna lesión simuladora de ictus, tales como malformación vascular o tumores, y poder valorar signos precoces de isquemia
- Determinar si existe tejido isquémico infartado (no recuperable) y conocer la extensión de este y si existe tejido potencialmente recuperable o zona de penumbra (TC de perfusión).
- Identificación de alteración vascular originaria del cuadro (TC angiografía).

1. TAC basal sin CIV:

Lo primero es realizar una adquisición helicoidal del cráneo sin contraste. Este nos permitirá:

- Diferenciar entre los dos tipos de ictus.
- Poder diferenciar el ictus de otras lesiones que simulen cuadros de ictus como las neoplasias, colecciones subdurales, malformaciones o infecciones.
- Detectar signos tempranos de infarto.

2. TAC de perfusión:

Su objetivo es diferenciar las áreas de infarto y de penumbra. Aporta información cuantitativa y cualitativa del estado hemodinámico del parénquima, permitiendo identificar la presencia y la extensión del tejido cerebral potencialmente recuperable.

En este tipo de estudio se administrará un contraste yodado.

Es muy útil en pacientes en los que existen dudas de su diagnóstico y en los que no se tiene claro el tiempo de inicio del ictus

3. Angio-TAC

El objetivo de este estudio es la identificación de la alteración vascular causada por el cuadro. Permite valorar la circulación extra e intracraneal, conocer el lugar

de la oclusión, valorar la presencia de enfermedad aterosclerótica y el grado de colateralidad leptomeníngea.

Las patologías halladas en la TC de perfusión facilitarán y guiarán la identificación del ictus en la angio-TAC.

5 Discusión-Conclusión

En un ictus, cada segundo es determinante para poder salvar la vida del paciente. El poder diagnosticarlo a tiempo va a determinar que el paciente permanezca con vida o no y las secuelas que van a quedarle posteriormente.

Tras la investigación realizada se constata que, gracias los avances en la tomografía computarizada, vamos a poder detectarlo, saber qué tipo de patología nos estamos encontrando y así poder dar el tratamiento adecuado para poder dar continuidad a la vida de los pacientes.

Se destaca la importancia de que las personas que empiezan a padecerlo, sepan detectarlo a tiempo para que el tiempo no corra en su contra.

6 Bibliografía

1. http://revistaintervencionismo.com/wp-content/uploads/2016/02/2016_02_Cartaaldirector.pdf.
2. <https://rithmi.com/que-es-un-ictus/>.
3. <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/4561/3027>.

Capítulo 320

TINCIÓN DE HEMATOXILINA ÁCIDA FOSFOTÚNGSTICA EN EL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

NATALIA VALERO ALONSO

INMACULADA DURÁN SÁNCHEZ

DJOCKY MARINA EVITA VAZQUEZ

MARIA TERESA GIL CASTILLEJO

SARA VIOLERO CAÑAS

1 Introducción

Entre las funciones del técnico de anatomía patológica en el laboratorio, se encuentran las de realizar las tinciones de los cortes obtenidos de las distintas muestras, según proceda en cada caso. Un tipo de tinción es la de Hematoxilina ácida fosfotúngstica (PTAH).

Este tipo de tinción se utiliza para identificar las fibras maduras de colágeno y las estriaciones del músculo esquelético presentes en el músculo sano, ya que en algunas patologías tienden a desaparecer; también se utiliza para detectar depósitos de fibrina en lesiones y para facilitar una mejor visualización de los elementos que componen el sistema nervioso central (SNC).

Dicha tinción tiñe los ependimomas (tumor primario del SNC) pero no tiñe los papilomas del plexo coroideo (tumor de crecimiento lento, generalmente benigno, que puede provocar hidrocefalia), por lo que se puede utilizar para diferenciar estos tipos de tumores.

Con esta tinción se obtienen cortes teñidos con un contraste similar al de la tinción con Hematoxilina-Eosina, debido a que el ácido fosfotúngstico se une a las proteínas tisulares. El tungsteno es un acidificante que sirve de agente mordiente, uniéndose a las fibras de colágeno y fibras musculares y, por tanto, uniéndose a la hemateína y tiñendo de color azul las estructuras del tejido que la contienen.

2 Objetivos

- Definir en qué consiste la tinción de Hematoxilina ácida fosfotúngstica.
- Explicar los pasos a seguir por parte del técnico para la realización de dicha tinción.
- Describir las coloraciones que debe obtener cada tipo de estructura de la muestra teñida.

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

Para la realización de la tinción, una vez obtenidos los cortes de tejido en el micrótopo y fijados en el portaobjetos, hay que seguir los siguientes pasos:

- 1) Desparafinar la muestra.
- 2) Hidratar la muestra.
- 3) Añadir permanganato potásico al 0,5% y dejarlo actuar durante 5 minutos.
- 4) Lavar con agua destilada.
- 5) Añadir ácido oxálico al 5% y dejar actuar durante 1 minuto.
- 6) Lavar con agua corriente.
- 7) Añadir hematoxilina fosfotúngstica, bien a una temperatura de 60°C durante

3 horas (dejando enfriar en la misma solución), o bien dejar actuar a temperatura ambiente durante 24 horas.

8) Deshidratar la muestra rápidamente, ya que los componentes teñidos de rojo pierden intensidad si se hacen lavados muy largos en alcohol, y montar.

Las estructuras obtendrán colores distintos como:

- El colágeno se observa de color rojizo a marrón.
- Los núcleos se observan de color azul.
- El musculo se debe observar de color azul con las estriaciones bien diferenciadas.
- La fibrina se observa azul.
- El cartílago se observa de color rojo.
- Las fibras de mielina se observan de color azul oscuro.
- La matriz ósea se observa de color rojizo.

Los reactivos utilizados para realizar esta tinción son los siguientes:

- Para obtener ácido oxálico al 5%, se debe realizar una preparación en la que se añade por cada 95 ml de agua destilada, 5 ml de ácido oxálico.
- Para obtener permanganato potásico al 0,5%, se realiza una preparación añadiendo por cada 1000 ml de agua destilada, 5 gramos de permanganato potásico.
- Para obtener hematoxilina ácida fosfotúngstica, se añaden por cada 1000 ml de agua destilada, 1 gramo de hematoxilina y 20 gramos de ácido fosfotúngstico. La hematoxilina se debe disolver en caliente en primer lugar, y cuando se enfríe se disuelve el ácido fosfotúngstico en la mezcla. Dicha mezcla debe dejarse reposar aproximadamente un mes, o si no se dispone de tiempo, se puede añadir 200 mg de permanganato potásico para poder utilizar al momento.

5 Discusión-Conclusión

La tinción de hematoxilina ácida fosfotúngstica es una técnica policrómica, debido a que, utilizando una sola solución, se pueden teñir diferentes estructuras del tejido con dos colores diferentes.

Es una tinción que requiere tiempos muy prolongados de actuación de algunos colorantes o a temperaturas específicas, por lo que un error puede suponer un problema o un retraso en el diagnóstico, por ello, es muy importante la presencia en el laboratorio de unos protocolos claros y una correcta ejecución de todos los pasos por parte del técnico de anatomía patológica, además de asegurarse de que el corte de tejido está correctamente realizado y también la fijación de la muestra al portaobjetos.

6 Bibliografía

1. <https://www.cancer.gov/rare-brain-spine-tumor/espanol/tumores/ependimoma>.
2. <https://www.histoline.com/es/01hpta500>.
3. Protocolo de técnicas del hospital de Guadalajara.
4. <https://hmong.es/wiki/PTAH>.
5. <https://www.histoline.com/es/01hpta100t>.

Capítulo 321

BIOPSIAS DE PIEL EN EL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

NATALIA VALERO ALONSO

INMACULADA DURÁN SÁNCHEZ

DJOCKY MARINA EVITA VAZQUEZ

MARIA TERESA GIL CASTILLEJO

SARA VIOLERO CAÑAS

1 Introducción

Se revisan métodos apropiados para el procesamiento de material quirúrgico relacionado con lesiones de piel, cuero cabelludo, uñas, etc. con el fin de suministrar una guía de referencia para el manejo de las biopsias recibidas en los laboratorios de anatomía patológica. El adecuado procesamiento de una biopsia es el primer paso que permite brindarle al patólogo un reporte con la información necesaria para tomar decisiones acertadas y definir mejor el pronóstico de los pacientes. Hay un vacío en el procesamiento del material quirúrgico relacionado con la piel. La mayoría de los laboratorios de anatomía patológica no tienen procedimientos adecuadamente estandarizados que tengan en cuenta las diferentes variables que afectan dicho proceso.

El tipo de técnica de biopsia escogida, ya sea por escisión o por incisión es una decisión del patólogo, basada en su conocimiento de los diagnósticos diferenciales por considerar en un paciente en particular, además de la localización de la lesión y su tamaño.

En relación con las biopsias producto de la extirpación quirúrgica de un tumor, las fotografías o diagramas de los especímenes macroscópicos recibidos pueden ser definitivos en asegurar el óptimo muestreo del espécimen, permitiendo a los patólogos depender menos de descripciones escritas de quien hace la disección del espécimen en las salas de procesamiento macroscópico.

Los reportes de patología de las resecciones de piel de las lesiones tumorales describen márgenes que son significativamente menores de los planeados para la escisión quirúrgica. (1).

2 Objetivos

Describir e indicar cómo realizar una biopsia de piel y cómo lo analizan en el laboratorio de anatomía patológica de los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una investigación basada en una revisión bibliográfica sobre artículos, libros, cursos y revistas científicas. Se ha consultado en bases de datos (Google académico), seleccionando textos y citas científicas de publicaciones existentes.

4 Resultados

Las biopsias de piel se pueden clasificar por: biopsias tipo punch (varios diámetros, para diagnóstico clínico y escisionales, lesiones muy pequeñas), biopsias incisionales (para diagnóstico clínico y diagnóstico de tumores), biopsias escisionales (tumorales y tipo afeitado/“shaving”/rebanado).

Las dimensiones se anotan de diferente manera: diámetro si son redondeadas, eje mayor por eje menor en piezas lanceoladas, ovoideas o rectangulares. Se describen las posibles lesiones en la superficie epidérmica: si la localización es central o excéntrica, forma plana, nodular, mamelonada, ulcerada, etc.

Se diferencia de color según si es pigmentada, blanquecina, amarillenta, violácea al igual que el tamaño (si es pequeña en un solo eje y si es mayor de 1 cm en dos

o tres dimensiones, se anota la distancia al borde quirúrgico más próximo). Se tintan todos los márgenes.

La inclusión en bloques se realiza según si las piezas son lanceoladas, ovoideas o rectangulares (sin puntos de sutura) con cortes transversales procurando no incluir más de cuatro cortes por bloque y piezas redondeadas o cuadrangulares (sin puntos de sutura) si son pequeñas, cortes de forma central transversal y si son grandes, cortes en cruz. Las piezas con puntos de sutura realizar cortes en cruz incluyendo tres bloques (uno con cortes transversales y otros dos bloques con los cortes en cruz).

Los punch cutáneos de 4 mm se incluyen íntegros, los de 6 y 8 mm se incluyen seccionados en dos por la mitad, realizando el corte perpendicular a la epidermis (solo se tintan y se describen cuando son punch escisionales para extirpar lesiones o tumores pequeños), los incisionales que tienen como objetivo el diagnóstico para posterior tratamiento o escisión de un tumor o lesión más grande no se tintan ni requieren descripciones minuciosas, salvo la reseña del tamaño del punch.

5 Discusión-Conclusión

Se puede decir que el tallado es una parte fundamental para el desarrollo de la pieza a tratar y que podamos sacarle todo el partido posible, por lo que es una tarea minuciosa.

Parece fácil este proceso, pero requiere mucha atención, rigor en el procedimiento y seguimiento del protocolo de forma adecuada. Hay que tratar con sumo cuidado este tipo de piezas, ya que por sus dimensiones y consistencia se pueden deteriorar con facilidad.

Es importante que el trabajo entre técnico y patólogo fluya de mejor forma posible y las pautas que marque el facultativo sean claras y concisas para que se dé un trabajo satisfactorio entre ambas partes.

6 Bibliografía

1. Procesamiento de biopsias de piel en el laboratorio de patología / Wilber Javier Martínez, Rodrigo Restrepo [Artículo de revisión] [citado año 2013].
2. Dermatopatología / Carmen Yus Gotor, Nerea Torrecilla Idoipe, Ramiro Álvarez Alegret (Hospital Universitario Miguel Servet) [I Curso de tallado para TEAPs] [citado año 2018].

Capítulo 322

ANATOMÍA PATOLÓGICA ANTE UNA METÁSTASIS CARDÍACA

NATALIA VALERO ALONSO

INMACULADA DURÁN SÁNCHEZ

DJOCKY MARINA EVITA VAZQUEZ

MARIA TERESA GIL CASTILLEJO

SARA VIOLERO CAÑAS

1 Introducción

En este capítulo se informará sobre la función del equipo de anatomía patológica ante una metástasis cardíaca. Las metástasis cardíacas, también conocidas como tumores secundarios, son 40 veces más comunes que los tumores primarios, afectan el corazón y/o el pericardio y casi siempre tienen un mal pronóstico, representando entre el 10 y el 20% de los tumores metastásicos encontrados en la autopsia. Los cánceres tienen más probabilidades de metastatizar en el corazón que los sarcomas, siendo los tres más importantes el cáncer de bronquios, de mama y mediastínico. Sin embargo, el mesotelioma y el melanoma son las principales neoplasias causantes de metástasis cardíacas (MC), representando más del 50% según algunas series. Los síntomas de la CM son muy variables y dependen en gran medida de la localización: en el pericardio puede presentarse como pericarditis, pero primero se manifiesta como derrame pericárdico hemorrágico

o taponamiento cardíaco; en el miocardio causa a menudo arritmias, incluso síntomas de angina de pecho causada por la enfermedad coronaria. El diagnóstico de metástasis cardíacas por NSCLC es raro, especialmente cuando se presenta clínicamente como isquemia arterial aguda, como es el caso en nuestro caso presentado.

2 Objetivos

Exponer e indicar un caso clínico de metástasis cardíaca por parte del equipo de anatomía patológica.

3 Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente de 78 años, sin antecedentes conocidos de alergia a medicamentos, fumador actual de 6 cigarrillos al día y exfumador de 1,5 cajetillas al año durante más de 45 años (índice paquete-año: 67). antecedentes de hipertensión, diabetes, dislipidemia con adenocarcinoma de próstata Gleason 7 pT3a, recibió prostatectomía y radioterapia adyuvante en 2019. Además, le diagnosticaron síntomas de tos y hemoptisis acompañados de dolor repentino en el lado derecho. Cáncer de pulmón de células no pequeñas en estadio IV (cT4N3M1b) de la articulación glenohumeral en el vértice del lóbulo superior derecho, metástasis en la segunda y tercera costilla derecha, metástasis en el pulmón ipsilateral, además de linfadenopatía supraclavicular derecha con biomarcadores negativos. Se decide tratamiento paliativo con inmunoterapia, pembrolizumab 200 mg cada 3 semanas y radiográficamente estable según última consulta de oncología en abril de 2021. Un paciente con esta historia acudió al servicio de urgencias de nuestro hospital con dolor agudo en el cuadrante inferior izquierdo. Al examen físico las extremidades estaban frías y sin pulso. Ante la sospecha de isquemia arterial aguda, se realizó angiografía por TC, que confirmó la oclusión de la arteria femoral superficial, y se transfirió al quirófano para embolectomía utilizando un catéter de Fogarty para recuperar y tratar el material embólico. Material de consistencia homogénea. En raras ocasiones, enviar a patología. Posteriormente, en la sala del hospital, su estado evolucionó bien, el electrocardiograma (ECG) mostró ritmo sinusal, por lo que para descartar el origen de la embolia cardíaca se completó el examen del paciente mediante ecocardiografía transtorácica (ETT). Se aprecia una masa móvil pediculada, cuya base se ancla en la cara inferolateral del ventrículo izquierdo, de 16 x 19 mm. Tras el ETT se realizó una resonancia magnética cardíaca y también se pudo ver la masa

y no se podía distinguir si era un trombo o un trombo tumoral. Al revisar los estudios de imagen adicionales del paciente, el servicio de radiología objetiva descubrió que una tomografía axial computarizada por emisión de positrones (PET-CT) realizada cinco meses antes durante el seguimiento del tumor del paciente mostró una lesión hipermetabólica. al ventrículo izquierdo cuando el músculo papilar adyacente no es compatible con la captación miocárdica fisiológica. Por otro lado, el informe de patología del material enviado durante la intervención quirúrgica de isquemia arterial muestra células atípicas con fondo de leucocitos de fibrina con abundante citoarquitectura maligna. Por todas las razones anteriores, al paciente se le diagnosticó una alta probabilidad de metástasis cardíacas secundarias por cáncer de pulmón, lo que pudo confirmarse con precisión mediante una biopsia de la masa cardíaca. Sin embargo, esta biopsia no cambiaría el enfoque del tratamiento, ya que los cuidados paliativos ya fueron seleccionados para este paciente debido al estadio avanzado de su enfermedad neoplásica primaria.

4 Discusión-Conclusión

Los tumores cardíacos son entidades raras que en realidad se diagnostican en la autopsia, pero ahora, gracias a los avances tecnológicos en los métodos de diagnóstico, se detectan con mayor frecuencia. Los tumores metastásicos o secundarios son los más comunes entre los tumores del corazón. En la mayoría de los casos, su aparición supone una progresión importante de la patología primaria, por lo que no existen muchas opciones de tratamiento, aunque en algunos casos especiales puede ser posible la radioterapia y/o quimioterapia. Por sí sola, la cirugía a través de ventana pericárdica o pericardiocentesis es más paliativa que la resección, y en estos casos la cirugía es un procedimiento muy agresivo y con alto riesgo quirúrgico.

5 Bibliografía

1. Eva Cabrera César, M. Carmen Fernández Aguirre y M. Victoria Hidalgo Sanjuan. Metástasis cardíacas de una neoplasia pulmonar. Arch Bronconeumol. 2017; 53 (2): 80-81.
2. Shinichi Taguchi. Comprehensive review of the epidemiology and treatments for malignant adult cardiac tumors. Gen Thorac Cardiovasc Surg. 2018; 66 (5): 257-262.

3. Jennifer M Sarjeant, Jagdish Butany, Robert J Cusimano. Cancer of the heart: epidemiology and management of primary tumors and metastases. *Asc Drugs* 2003; 3 (6): 407-21.
4. Cipriano Abad. Tumores cardíacos (II). *Rev Esp Cardiol*. 1998; 51: 103-114.

Capítulo 323

EL TÉCNICO SUPERIOR DE IMAGEN Y DIAGNÓSTICO EN EL ÁREA DE URGENCIAS

MARIA CATALINA MEGIAS CASTILLO

REBECA TORRES DOMINGUEZ

LORENA ROCIO CECA TAMUREJO

CARLOS BENITA COTILLAS

MARTA HERNANDEZ PARDO

1 Introducción

Cada miembro del equipo de salud es vital para el manejo eficiente de casos urgentes en el intrincado y dinámico campo de la atención médica de emergencia. El Técnico Superior en Imagen para Diagnóstico y Medicina Nuclear (TSIDMN) es uno de estos puestos cruciales.

Su finalidad se destaca por el importante aporte que realiza en la interpretación precisa de imágenes médicas para el diagnóstico y tratamiento oportuno.

Esta área de la medicina es importante en situaciones de emergencia, donde salvar vidas y minimizar daños severos depende de obtener ayuda rápidamente. Mediante el uso de tecnologías de punta como la resonancia magnética, la tomografía y otras técnicas de imagen y medicina nuclear, el Técnico Superior en

Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear ofrece una visión completa y minuciosa de lo que ocurre en el interior del cuerpo humano.

Para un diagnóstico rápido y preciso, que luego puede significar la diferencia entre la vida y la muerte en situaciones de emergencia, es fundamental que estos profesionales interpreten los datos de imagen de manera rápida, precisa y eficaz. Del mismo modo, estas habilidades van más allá del diagnóstico y son cruciales para evaluar la eficacia de las terapias, ayudando en el manejo de enfermedades y trastornos.

En consecuencia, la labor del Técnico Superior en Imagenología para el Diagnóstico y Medicina Nuclear es indispensable en la cadena de atención de emergencia, apoyando la capacidad de los médicos para el diagnóstico certero y el juicio clínico acertado.

2 Objetivos

- Señalar las responsabilidades precisas del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear en un entorno de servicios de emergencia.
- Describir detalladamente las actuaciones precisas realizadas por este profesional en una situación de emergencia.
- Describir la importancia de este puesto para tomar decisiones médicas efectivas y manejar emergencias.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica actualmente publicada como parte de la investigación para el desarrollo del presente trabajo. Se han analizado las tres bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo, y se han buscado minuciosamente en busca de libros y artículos. Solo se eligieron aquellos con contenido pertinente al tema de estudio.

4 Resultados

Para desarrollar este estudio, pasemos a las funciones y actividades específicas que realiza el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear (TSIDMN) en un entorno de servicios de emergencia ahora que hemos cubierto en la introducción y orientación del título.

Este profesional está a cargo de configurar y utilizar el equipo de imágenes con fines médicos. Esto incluye varios avances tecnológicos como la tomografía computarizada (CT), la resonancia magnética (MR), la radiografía y la mamografía, entre otros.

Este paso inicial es muy importante porque garantiza la creación de imágenes precisas y claras que arrojarán información útil para el diagnóstico.

Tras el ingreso de un paciente en urgencias, el TSIDMN realiza los procedimientos de imagen necesarios pensando siempre en la comodidad y seguridad del paciente. Esto implica posicionar correctamente al paciente, administrar las dosis de radiación recomendadas y asegurarse de que las imágenes capturadas sean del más alto calibre.

El equipo médico, que suele estar formado por radiólogos y otros especialistas médicos, colabora con el paciente para interpretar y analizar estas imágenes. Dado que su formación y experiencia le permiten reconocer anomalías, cambios y patrones en las imágenes que pueden ser indicativos de enfermedades o lesiones, el Técnico Superior en Imagenología para Diagnóstico y Medicina Nuclear juega un papel fundamental en este escenario.

Este profesional también se encarga de llevar un registro detallado y bien organizado de todas las pruebas realizadas, junto con las interpretaciones e informes asociados. Esta documentación se convierte en un recurso crucial para el manejo de los pacientes y la toma de decisiones clínicas. Al explicar los procedimientos de imágenes de una manera sencilla y reconfortante, el Técnico Avanzado en Imágenes para Diagnóstico y Medicina Nuclear contribuye al proceso de atención al paciente.

Su interacción con el paciente puede ayudar a reducir la ansiedad asociada con frecuencia a las situaciones de emergencia, mejorando la experiencia general del paciente en el servicio de urgencias.

Este especialista juega un papel clave en la cadena de diagnóstico y tratamiento de los servicios de emergencia, lo que influye en gran medida en la capacidad de tomar decisiones médicas bien informadas.

5 Discusión-Conclusión

El diagnóstico y tratamiento efectivos dependen del trabajo del técnico superior en diagnóstico por la imagen y medicina nuclear en los servicios de emergencia. En situaciones cruciales, su capacidad para controlar y configurar equipos de imágenes, adquirir y analizar imágenes de alta calidad y mantener un registro organizado de las pruebas es crucial. Para mejorar la experiencia del paciente,

también es fundamental que interactúe con el paciente y le brinde información clara y reconfortante.

Sin duda, este especialista juega un papel crucial en el equipo de atención médica de emergencia, ayudando a tomar decisiones rápidas e informadas que tienen el potencial de salvar vidas.

6 Bibliografía

- 1- "Papel del Técnico en Imagen para el Diagnóstico en el equipo de salud. En Radiología y Diagnóstico por Imagen: Principios básicos." Martínez J., López E. (2019).
- 2- "La Radiología en la Medicina de Urgencias." Elsevier. Pérez L., Fernández G. (2018).

Capítulo 324

TÉCNICO EN HIGIENE BUCODENTAL Y EL CONTROL DE LAS INFECCIONES CRUZADAS

MARÍA DEL CORAL LOZANO GUIJARRO

MIRIAM BERMEJO PEÑA

LUCIA PULPON AYUSO MORALES

LAURA PLAZA BASCUÑANA

1 Introducción

Los técnicos en higiene bucodental se encuentran muy expuestos a las infecciones cruzadas. Cabe definir que son las infecciones cruzadas: dichas infecciones consisten en la transmisión de agentes infecciosos entre pacientes y personal sanitario, por contacto directo o mediante fómites (los fómites son los objetos inanimados que llevan macroorganismos patógenos que pueden ser una fuente de infección).

Los técnicos en higiene bucodental se encuentran en exposición constante a una gran variedad de microorganismos que están en la saliva y en la sangre, todos estos microorganismos pueden llevar a ocasionar enfermedades infecciosas por ello, la importancia de una serie de procedimientos en el control de infecciones para evitar las infecciones cruzadas.

Existen dos formas de transmisión de persona a persona: de forma directa (por contacto directo, morder, tocar) o por proyección directa (diseminación de pe-

queñas gotas tipo estornudo o tos); y de forma indirecta (con vehículos de transmisión como instrumentos contaminados).

El control de la infección por parte de los Técnicos en higiene bucodental, reúne los procedimientos para reducir los microorganismos compartidos entre las personas.

Dichos procedimientos para el control de las infecciones cruzadas resumen 6 áreas: - Lavado de manos, Protección contra aerosoles y salpicaduras, Procedimientos de fabricación de instrumental, Limpieza y desinfección de superficies, Gestión de residuos y desechos, Técnicas de asepsia.

2 Objetivos

- Conocer la definición de infecciones cruzadas
- Conocer los protocolos para evitar las infecciones cruzadas.
- Analizar las medidas puestas en marcha en la evitación de las infecciones cruzadas.

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: infecciones cruzadas, Técnicos en Higiene Bucodental, Asepsia, bioseguridad.

4 Resultados

El área dental se considera el entorno clínico donde la probabilidad de transmisión de patógenos es más alta. Hay que tener en cuenta que las impresiones dentales pueden transportar agentes infecciosos desde la clínica a otros lugares/entornos (laboratorio dental) donde se pueden contaminar tanto la maquinaria como al personal.

La transmisión de una persona a otra requiere una fuente de infección (portador), el vehículo por el que los agentes infecciosos se transmiten (sangre, saliva, instrumentos contaminados) o una vía de transmisión (inhalación, inoculación).

De aquí nace la Bioseguridad, definida como la seguridad de la vida o asegurarse la vida; un concepto muy unido a los técnicos en higiene bucodental; ya que el riesgo de transmitir enfermedades infecciosas cruzadas durante el tratamiento dental es elevado.

En los últimos años varios organismos internacionales, como la Organización Mundial de la salud (OMS), La organización Panamericana de la Salud (OPS), Asociación Dental Americana (ADA) y el centro de Control y Prevención de enfermedades establecieron objetivos para controlar las infecciones cruzadas dentro del área bucodental: Desde ofrecer una práctica segura; evitar el encubrimiento de enfermedades infecciosas; disminuir los riesgos de contaminación y accidentes laborales; cumplir los requisitos éticos, morales y legales tanto nacionales como internacionales. La propia OMS estableció que las infecciones se pueden transmitir de varias formas como puede ser por contacto endógeno de una zona a otra del cuerpo, de persona a persona tanto directa como indirecta. De todo esto, se obtiene la Bioseguridad, proporcionando un ahorro económico en la utilización de sus materiales y un descenso de las infecciones cruzadas que se transmiten.

Algo importante en la función del Técnico en Higiene Bucodental que ayuda a establecer una relación fluida con el paciente y poder reducir las infecciones, es la empatía y la relación Técnico-paciente.

5 Discusión-Conclusión

Tras haber revisado la bibliografía pertinente podemos concluir la importancia de la prevención en la transmisión de infecciones cruzadas de ahí nace la Bioseguridad, es decir, aquellas precauciones estándares que rutinariamente deben seguir los técnicos para que disminuya el riesgo de transmisión de infecciones tanto entre paciente-profesional como entre paciente-paciente.

Han sido diversos organismos los que han establecido las normas y niveles de bioseguridad en la clínica bucodental además de los protocolos necesarios para evitar las infecciones cruzadas.

Para llevar a cabo de manera exhaustiva las normas de bioseguridad, los técnicos bucodentales deben estar especializados y formados a nivel académico y reciclarse de manera constante.

6 Bibliografía

1. Cores-Calvo J, Gómez-Cuquejo F. Justificación de la inversión en material de bioseguridad en la asistencia sanitaria.
2. Chauca Edwards EJ. Manual de bioseguridad en la práctica odontoestomatológica. Organización Panamericana de la Salud; Centro Panamericano de ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente. Lima, 1994.

Capítulo 325

EVALUACIÓN DEL SUELO PÉLVICO A TRAVÉS DE RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR POR EL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

ANA CARLOS ÁLVAREZ

JACOBO DIAZ ALONSO

ANDREA SANZ QUERENCIAS

ALVARO CAÑADA SANCHEZ

JULIA GARRIDO RAMOS

1 Introducción

El suelo pélvico es un conjunto de estructuras musculares y tejidos conectivos que abarcan a todos los órganos de la pelvis y parte de los abdominales. Además de sustento de los mismos, participan en la continencia fecal y urinaria.

Los trastornos del suelo pélvico son desórdenes funcionales de dichas estructuras. Produciendo prolapso de los órganos pélvicos, mal posición del útero e incontinencia fecal y urinaria, entre otras. Llevando así a un decaimiento total de la calidad de vida del paciente.

Normalmente, esta afección se suele producir por una debilidad de la musculatura y ligamentos pélvicos con factores de riesgo relacionados como son: la menopausia, la edad avanzada (más del 50% de mujeres por encima de los 50 años) la obesidad, multiparidad o algún antecedente quirúrgico anterior.

En este capítulo se ha observado que con la ayuda de la defecografía por resonancia magnética, el técnico de imagen para el diagnóstico (TSID) podrá obtener una imagen de la zona pélvica del paciente que ayudará a unos resultados muy específicos. Se utilizarán una serie de secuencias tanto estáticas como dinámicas. Por último, el facultativo a través de un trazo de líneas y unas mediciones podrá diagnosticar trastornos como: enterocele, peritocelo, cistocelo, prolapso uterinos, etc.

2 Objetivos

- Destacar la importancia de los resultados de imagen de la defeco-resonancia para un buen diagnóstico final.
- Describir el procedimiento de la defecografía por resonancia magnética desde el papel de técnico de imagen para el diagnóstico.
- Enumerar las secuencias del protocolo más útiles para el diagnóstico de las patologías del suelo pélvico.

3 Metodología

Para llevar a cabo este capítulo, se ha realizado una investigación en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente sobre los desórdenes del suelo pélvico a través de la defeco resonancia magnética nuclear.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Scielo, SERAM y Elsevier, seleccionando artículos científicos con relación a la participación del técnico de imagen en las patologías y procedimientos del tema a tratar.

4 Resultados

Mediante la defecografía por RM, podremos evaluar todas las estructuras de la pelvis con mayor precisión que otras imágenes diagnósticas. Nos permitirá examinar los 3 compartimentos anatómicos: anterior (vejiga y uretra), medio (útero y vagina) y posterior (Recto).

Antes de comenzar la prueba, el técnico de imagen para el diagnóstico (TSID) explicará el procedimiento para que el paciente se encuentre lo más cómodo posible durante todas las etapas de la prueba. Se le indicará que es una prueba dinámica en la que en algunos momentos deberá de realizar ciertos movimientos de relajación o contracción de la pelvis. Una vez se haya inyectado el gel ecográfico: si es mujer en vagina (opcional) y recto, si es un hombre solo en recto, se producirá una mejor distensión de las estructuras.

El TSID deberá preparar una o dos jeringas de gel ecográfico, ya vaya a ser rectal (150-200ml) vaginal (40ml) o ambos, con sus respectivas sondas. Se podrá diluir con un poco de suero para que sea más cómodo para el paciente. Las sondas también deberán de estar completamente rellenas de gel para no introducir aire en la cavidad y no sea molesto.

El paciente se colocará decúbito supino con la cabeza primero y se usará una antena de body o superficie (phased-arrays) situada en la zona pélvica del paciente. La defeco RM comienza con un protocolo de secuencias T2 en los tres planos. A continuación, con secuencias T2 TRUFI/FIESTA en sagital, se obtendrán imágenes en cuatro fases:

1. Reposo: cine basal para visualizar anatomía replecionada por contraste y comparar con las posteriores secuencias
2. Contracción: de los músculos de la pelvis
3. Maniobra de Valsalva: intentando expulsar en contraste que se ha introducido por vía rectal/vaginal.
4. Defecación: capturando el momento de la evacuación completa del gel. Se podrá repetir la secuencia si el paciente tiene dificultad o impedimento para la expulsión.

5 Discusión-Conclusión

La gran mayoría de la población desconoce, hasta que no lo sufre, la importancia de la anatomía funcional del suelo pélvico. Es un tema infra diagnosticado, ya sea por vergüenza o que socialmente se ha ido normalizando situaciones y patologías según tu cuerpo va experimentando o pasando los años.

Por eso, es esencial tener un conocimiento básico de ello y saber qué serie de factores podrían poner en riesgo la funcionalidad de este.

Gracias a la defeco resonancia se ha podido obtener resultados con la mayor brevedad posible sobre una patología que realmente se encuentra restringiendo la calidad de vida del paciente. Sin ser esta una prueba invasiva, la imagen diagnóstica obtenida, proporcionará a los especialistas gran cantidad de información

para reparar o tratar la anatomía del suelo pélvico y así aliviar con existo los síntomas que padece el paciente.

6 Bibliografía

1. Vega ESC, Villacís RAR. Anatomía funcional del piso pélvico. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud y Vida*. 2022; 6(3):156–65.
2. Lacima G, Espuña M. Patología del suelo pélvico. *Gastroenterol Hepatol*. 2008;31(9):587–95.
3. Sánchez-Girón OM, Blázquez MG. La resonancia pélvica dinámica: protocolo y hallazgos esenciales. *Seram*. 2021; 1(1).
4. Fernández RJM, Gallego AH. Resonancia magnética en la evaluación de la incontinencia urinaria y del suelo pelviano [Internet]. *Idytur.es*. [citado el 13 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://idytur.es/wp-content/uploads/>.
5. Garcia MA, Fernandez CS, Caro MTE, Blanca VA-G, Cabal ML, Gomez CH, et al. Cómo realizar un informe estructurado de la resonancia magnética de suelo pélvico. *Seram*. 2022; 1(1).
6. Pablo Fernández Tejado D, Gómez DSF, Mesa DMR, Monago DGR, Fernández MR, Sánchez RTM. Patología del suelo pélvico: Utilidad RM dinámica. *Seram*. 2021; 1(1).

Capítulo 326

EL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN RIESGOS POCO FRECUENTES Y/O FRECUENTES EN RESONANCIA MAGNÉTICA CON CONTRASTE

MARTA HERNANDEZ PARDO

REBECA TORRES DOMINGUEZ

CARLOS BENITA COTILLAS

MARIA CATALINA MEGIAS CASTILLO

LORENA ROCIO CECA TAMUREJO

1 Introducción

Para la realización de una resonancia magnética con contraste se necesita un tipo de contraste que sea estable, para que así se dirija a los órganos o tejidos a explorar, y a la vez que no sea tóxico para el cuerpo y se elimine fácilmente a través de la orina. Los tipos de contrastes que se suelen utilizar son positivos y negativos y efectos adversos que vamos a detallar a continuación. Cuando se realiza un estudio de resonancia magnética con contraste paramagnético, el médico debe estar presente durante la administración del contraste o en la clínica u hospital donde

esté instalada la resonancia. Si esto no se cumple no se podrán realizar pruebas con contraste paramagnético. La responsabilidad será del personal técnico y administrativo.

Cuando un paciente va a realizarse una resonancia magnética con contraste es muy importante que el técnico especialista se informe de si es la primera vez que le realizamos la prueba, preguntándole al propio paciente y mirando en la base de datos del mismo, y si ha tenido reacciones adversas al contraste como pueden ser de tipo alérgicas.

Deberá indicarnos si tiene alguna cardiopatía, patología pulmonar, renal (principalmente insuficiencia renal), si tiene patología hepática o va a someterse a trasplante hepático.

En las exploraciones de resonancia magnética con administración de contraste paramagnético no suelen aparecer molestias salvo por la punción. Sin embargo, ocasionalmente pueden producirse efectos secundarios adversos de diferentes tipos tales como, reacciones leves y graves.

2 Objetivos

Exponer el papel del técnico de imagen para el diagnóstico y medicina nuclear (TSIDMN) en la administración de contraste paramagnético en el servicio de resonancia magnética.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha investigado sobre la literatura científica existente. Se han consultado libros y artículos para obtener información detallada con contenido pertinente al tema elegido.

Las principales bases de datos utilizadas han sido: Pubmed, Medline, y Scielo.

4 Resultados

En la mayoría de exploraciones realizadas por el técnico dentro de la resonancia magnética con administración de contraste no suelen aparecer molestias salvo las causadas por la punción.

Sin embargo, pueden producirse ocasionalmente efectos secundarios adversos de diferentes tipos:

REACCIONES LEVES: estas reacciones suelen ser las mas comunes en el paciente y los efectos adversos que se pueden sentir son: mal sabor de boca, sensación de calor, náuseas, vómitos, picores. Estas reacciones suelen desaparecer sin necesidad de tratamiento o en caso de necesitarlo con el medicamento adecuado desaparecen fácilmente.

REACCIONES GRAVES: estas reacciones suelen ser dificultad respiratoria, convulsiones, arritmia cardiaca, insuficiencia renal o perdida de consciencia. Para corregir este tipo de reacciones se hace con tratamientos mas complejos y en ocasiones pueden causar daños.

Ningún procedimiento invasivo está exento de riesgos que pueden llegar a ser importantes, incluyendo el de la muerte. si bien, esta posibilidad es remota.

Las reacciones adversas al contraste suceden por la interacción del organismo del paciente con el medio de contraste, en la cual no intervienen otros factores, no dependiendo del lugar donde sean administrados ni por quien, por lo tanto, cualquier paciente que reciba un medio de contraste puede tener una reacción adversa.

En cualquier momento puede surgir un imprevisto o complicación por el procedimiento y en ese momento será el quipo médico quien decidirá y efectuará los correspondientes procedimientos médico-quirúrgicos para proceder sobre los mismos.

CONTRAINDICACIONES

La exploración por resonancia magnética con administración de contraste está totalmente contraindicada a pacientes portadores de marcapasos o cualquier dispositivo electrónico de tipo médico, a pacientes con insuficiencia renal o que han sido o van a someterse a trasplante hepático o pacientes alérgicos al ácido gadotérico o a la meglumina (componentes principales de contraste).

No debe realizarse a mujeres embarazadas (que crean que puede estarlo) o en periodos de lactancia, a no ser que sea estrictamente necesario para la salud de la paciente.

5 Discusión-Conclusión

El TER debe estar debidamente formado y adquirir ciertos conocimientos antes de realizar sus funciones en este servicio hospitalario.

A día de hoy, no hay pruebas previas que nos permita conocer en que personas se va a poder producir una reacción, por lo que hay que confiar y/o contrastar toda la información que nos da el paciente respecto a su historial médico para poder realizar dicha prueba.

Una vez firmado el consentimiento informado por parte del paciente y por el médico responsable y teniendo clara toda la información sobre el procedimiento, sus riesgos y las posibles alternativas, procederemos a realizarle la prueba.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/contrastes-resonancia-magnetica-ter/>

Capítulo 327

ECOGRAFIA ABDOMINAL PEDIÁTRICA EN RADIOLOGÍA DE URGENCIAS: EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO

CRISTINA POLONIO

LORENA MORÓN ROJAS

MIGUEL DAMAS CRUZ

JORGE VALERO MARTÍN

LETICIA CERDEÑO DE PAZ

1 Introducción

La ecografía abdominal pediátrica ha emergido como una técnica diagnóstica fundamental en el campo de la radiología pediátrica y de urgencias. Los niños presentan diferencias anatómicas y fisiológicas únicas en comparación con los adultos, lo que ha llevado al desarrollo y la implementación de enfoques específicos para la ecografía en este grupo poblacional. La ecografía abdominal en niños ofrece una evaluación no invasiva y exenta de radiación ionizante de los órganos y estructuras abdominales, brindando información crucial para el diagnóstico y la toma de decisiones clínicas.

La relevancia de la ecografía en pediatría se deriva de su capacidad para proporcionar imágenes en tiempo real y de alta resolución de los órganos internos, permitiendo a los médicos visualizar detalles anatómicos con una claridad excepcional. Esto resulta esencial para evaluar la morfología, tamaño y posición de órganos como el hígado, los riñones, el bazo y el páncreas, así como para detectar posibles anomalías congénitas, inflamación o lesiones traumáticas.

En contraste con otras modalidades de imagen, como la tomografía computarizada y la radiografía, que utilizan radiación ionizante, la ecografía no conlleva riesgos significativos en términos de exposición a la radiación, lo que la convierte en una opción segura y preferida en el ámbito pediátrico. Además, su carácter no invasivo y la ausencia de necesidad de sedación en muchos casos la hacen especialmente adecuada para niños.

La anatomía abdominal pediátrica presenta ciertas particularidades, como la variabilidad en el tamaño y la posición de los órganos durante el crecimiento. Por lo tanto, los radiólogos y médicos que realizan ecografías en niños deben poseer un conocimiento profundo de la anatomía en constante evolución y de las variantes normales en cada grupo de edad.

En este contexto, el presente artículo tiene como objetivo explorar la importancia de la ecografía abdominal pediátrica en la detección temprana de patologías, así como en la evaluación de situaciones de urgencia. Se discutirán las aplicaciones clave de esta técnica en el diagnóstico pediátrico, resaltando su relevancia en el ámbito de la radiología de urgencias. En última instancia, se subraya la necesidad de una comprensión sólida de la ecografía abdominal pediátrica en la práctica clínica para garantizar una atención médica óptima y segura en los pacientes pediátricos.

2 Objetivos

Este estudio tiene como objetivo principal analizar la relevancia y las aplicaciones de la ecografía abdominal pediátrica en el ámbito de la radiología de urgencias.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva de la literatura científica disponible en bases de datos médicas y radiológicas. Se seleccionaron artículos relevantes que abordaran la ecografía abdominal pediátrica, su anatomía observada y su aplicación en radiología de urgencias. Se analizaron

estudios de casos clínicos, investigaciones longitudinales y revisiones sistemáticas para comprender en profundidad las ventajas y limitaciones de la ecografía en el diagnóstico pediátrico. La metodología incluyó la extracción y síntesis de información clave relacionada con la anatomía abdominal en niños, las patologías más comunes y los protocolos de urgencia. La integración y el análisis crítico de los hallazgos permitieron obtener una visión completa de la utilidad de la ecografía en la radiología de urgencias pediátricas.

4 Resultados

La ecografía abdominal pediátrica emerge como una herramienta esencial en la evaluación diagnóstica, en la radiología de urgencias. La visualización de estructuras anatómicas con alta resolución permite detectar una amplia gama de patologías en niños. La evaluación del hígado revela anomalías como quistes, hemangiomas y hepatomegalia, mientras que la ecografía renal identifica malformaciones, hidronefrosis y cálculos. El bazo puede mostrar esplenomegalia y laceraciones, y la evaluación del páncreas permite detectar pancreatitis y quistes. La ecografía también es valiosa en la identificación de patologías emergentes en urgencias pediátricas. La apendicitis aguda es una afección crítica, y la ecografía se utiliza para evaluar signos de inflamación, como engrosamiento de la pared y presencia de apendicolito. La torsión testicular, una urgencia quirúrgica, se puede diagnosticar mediante la visualización del flujo sanguíneo reducido en el testículo afectado. La detección temprana de estas afecciones permite una intervención oportuna y evita complicaciones graves.

La ecografía pediátrica también es valiosa en situaciones traumáticas. Permite evaluar lesiones abdominales después de un traumatismo y guiar la aspiración de líquido libre en el abdomen. Además, en pacientes con abdomen agudo, la ecografía puede diferenciar entre diversas causas, como intususcepción, vólvulos o inflamación apendicular. Esto conduce a una toma de decisiones clínicas más informada y mejora la gestión del paciente.

La adaptación de la ecografía a la población pediátrica requiere un conocimiento profundo de la anatomía en desarrollo y la interpretación específica de las imágenes. Además, la colaboración multidisciplinaria entre radiólogos, pediatras y cirujanos es esencial para un diagnóstico y tratamiento efectivos.

En conclusión, la ecografía abdominal pediátrica se presenta como una herramienta de gran valor en la radiología de urgencias, ofreciendo una evaluación detallada y no invasiva de las patologías abdominales en niños. Su capacidad para detectar patologías variadas, desde anomalías congénitas hasta urgencias

quirúrgicas, la convierte en una herramienta versátil y esencial para los profesionales de la salud. La evitación de la exposición a la radiación y su aplicación en tiempo real hacen que la ecografía sea especialmente adecuada para la población pediátrica. Su integración en los protocolos de urgencias y la formación especializada son fundamentales para garantizar la atención médica de alta calidad en situaciones críticas en la infancia.

5 Discusión-Conclusión

La ecografía abdominal pediátrica ha demostrado ser una herramienta invaluable en la radiología de urgencias, brindando una evaluación detallada y segura de las patologías abdominales en niños. Su capacidad para identificar una amplia gama de afecciones, desde malformaciones congénitas hasta urgencias quirúrgicas, resalta su importancia en la toma de decisiones clínicas informadas y oportunas. La ausencia de radiación ionizante y la capacidad de realizar exámenes en tiempo real la convierten en un recurso esencial en la atención pediátrica. Sin embargo, es esencial reconocer que la interpretación precisa de las imágenes requiere un conocimiento profundo de la anatomía en desarrollo y la experiencia en la población pediátrica.

En un entorno de urgencia, la ecografía proporciona información crucial para una intervención rápida y un manejo adecuado del paciente. La colaboración multidisciplinaria entre radiólogos, pediatras y cirujanos es esencial para un enfoque integral en el diagnóstico y tratamiento. En última instancia, la ecografía abdominal pediátrica desempeña un papel fundamental en la mejora de la atención médica pediátrica, asegurando una evaluación precisa y segura en situaciones críticas y contribuyendo al bienestar de los pacientes más jóvenes.

6 Bibliografía

1. García-Talavera J, Pérez-Pizarro C, Martínez-León MI. Ecografía abdominal en el diagnóstico de patologías pediátricas agudas. *Anales de Pediatría*. 2018;89(4):239-247.
2. Smith JL, Stein Wexler R. Ecografía abdominal pediátrica: aplicaciones y consideraciones clínicas. *Radiología Pediátrica*. 2020;50(3):215-227.
3. Hernanz-Schulman M. Valor diagnóstico de la ecografía abdominal en la pediatría de urgencias. *Revista Española de Diagnóstico por Imagen*. 2019;41(2):83-91.

Capítulo 328

EL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y EL CARRO DE PARADA EN LA SALA DE RESONANCIA MAGNÉTICA

REBECA TORRES DOMINGUEZ

MARIA CATALINA MEGIAS CASTILLO

MARTA HERNANDEZ PARDO

CARLOS BENITA COTILLAS

LORENA ROCIO CECA TAMUREJO

1 Introducción

El carro de parada es una unidad compacta fabricada de chapa y muy resistente compuesta con varios cajones que se deslizan suavemente para su correcta abertura de ser necesaria en un momento dado ante una situación de emergencia. contiene en su parte inferior 4 ruedas en cada uno de sus extremos para poder deslizarse y moverse rápidamente por una superficie lisa como sería el pasillo de un hospital.

Son elementos indispensables dentro de cualquier centro sanitario para atender, en condiciones óptimas, los casos de parada cardiorrespiratoria con un material específico.

Deberá de estar enchufado a una toma de corriente para que esté cargada la batería del equipo desfibrilador si este no fuera portátil.

En general, estos carros se utilizan en pocas ocasiones pero dado que se usan en situaciones de urgencia, es necesario protocolizar el material que deben incluir, como debe de estar ordenado, revisar caducidades, comprobar roturas por su uso etc. para que llegado el momento, esté disponible todo lo necesario minimizando la posibilidad de error.

El carro de paradas debe estar ubicado en un lugar fácilmente accesible, que permita su movilidad para poder trasladarlo donde se necesite.

La ubicación debe ser conocida por todos los profesionales que, llegado el momento, debieran utilizarlo.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del técnico de imagen para el diagnóstico respecto al carro de paradas.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda de archivos, información previa de cursos, información bibliográfica en internet y documentada sobre el tema propuesto. Se han consultado una serie de libros y artículos realizando una investigación sobre las principales bases de datos como: SESCAM, MEDINE, AETR.

4 Resultados

El carro de parada debe estar ubicado en un lugar accesible que permita su movilidad para poder trasladarlo al lugar donde sea necesario.

Es muy importante conocer por todos los profesionales sanitarios la ubicación del carro para estar atentos y poder ayudar en un momento dado a una posible intervención de su uso.

Cada cajón que compone el carro de parada debe estar perfectamente ordenado para poder disponer de manera rápida y eficiente de cualquier material que se precise en ese momento.

En el frontal de cada cajon habrá pegada una etiqueta con su contenido específico.

En el primer cajon estará toda la medicación que hay que tener si en el centro/hospital en el que se realizan resonancias magneticas también se administrara contraste intravenoso paramagnetico.

A continuación hacemos un breve resumen de la medicación mas importante que debe contener este carro, la cual seria:

Adrenalina, que sirve para aumentar la frecuencia cardiaca, contraer los vasos sanguíneos y dilatar las vías respiratorias. Atropina, la cual servirá para relajar la musculatura de ciertas zonas y cafinitrina que es un vasolitador.

Ventolin en inhalador para poder controlar un posible espasmo bronquial en un paciente asmatico.

El Metamizol para el tratamiento del dolor y la fiebre y Primperan para tratar las nauseas y el vomito.

Urbason que ayuda a disminuir la generación de sustancias responsables de la alergia o la inflamación y Actocortina que sirve y actua como un potente antiinflamatorio.

Stesolid (Diazepan) y Valium para aliviar la ansiedad, puesto que algunos pacientes vienen muy nerviosos e inquietos a realizarsen este tipo de pruebas las cuales son muy importantes su máxima colaboración respecto al movimiento y por ello el medico les administraría (si lo cree oportuno) esta medicación para que las imágenes salgan con la mejor calidad posible para su correcto diagnostico.

De forma bien ordenada y distribuida en el resto de cajones se encontrara el siguiente material también muy importante para poder realizarse un correcto uso ante un futuro imprevisto por parte de un paciente.

Desfibrilador, para poder practicar la RCP a un paciente al cual le pueda dar en un momento determinado y de improviso un paro cardiaco durante o despues del estudio y sus respectivos parches tanto de adultos y pediátricos, según fuera el paciente y por supuesto batería de repuesto para su cambio en el momento que lo precise el aparato según su caducidad.

El tablero espinal para poder practicarles adecuadamente y en la mejor posición la RCP.

Laringoscopio con sus respectivas palas curvas de diferentes números/tamaños, canulas Guedel, equipo de ventilación manual, balón reservorio el cual le serviría al medico para administrar y controlar la entrada de gases anestésicos al paciente en caso necesario también pudiendo combinarla con la mascarilla laríngea la cual se utiliza para el manejo de la via aérea en adultos y niños bajo anestesia y con objetivo de evitar la intubación traqueal.

Válvula PEEP, la cual se utilizaría como complemento de seguridad en la re-

sucitación manual sobretodo en paciente pediátricos.

Y utensilios mas comunes pero no por ello menos importantes como el esfigmomanómetro para medir la presión arterial, el fonendoscopio que se usa para la correcta auscultación de los ruidos cardiacos o los ruidos respiratorios... gafas nasales y botella de O2, suero, agujas, catéteres, gasas, guantes, vendas, jeringas, fiadores, sondas, gasas ...

5 Discusión-Conclusión

Es importante el adecuado conocimiento y formación del TER en el apartado que nos toca estar atentos respecto a mantener un minucioso orden y continuidad de revisión de todo lo que abarca controlar el futuro y buen funcionamiento en este tipo de mobiliario mucho mas importante de lo que parece.

Estar atentos de que esté ubicado siempre en el mismo lugar y si tiene que ser movido en alguna ocasión, volver a recolocarlo en su lugar de origen para evitar errores y futuras situaciones de nerviosismo y terror al no saber donde poder encontrarlo.

El TER mantendrá su contenido actualizado con la colaboración de enfermería respecto a revisar fechas de caducidades y reposiciones.

6 Bibliografía

https://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/carros_paradas/intro.htm

Capítulo 329

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CON EL PACIENTE PEDIÁTRICO EN RESONANCIA MAGNÉTICA

JULIA GARRIDO RAMOS

ALVARO CAÑADA SANCHEZ

JACOBO DIAZ ALONSO

ANA CARLOS ÁLVAREZ

ANDREA SANZ QUERENCIAS

1 Introducción

Entendemos paciente pediátrico como aquel que tiene una edad comprendida entre el nacimiento hasta su mayoría de edad. Generalmente, los pediatras tratan a los pacientes hasta los 14 años, a partir de esta edad pasarían a ser evaluados por su médico de familia; sin embargo, en algunas ocasiones se continúa el seguimiento hasta que cumplen la mayoría de edad.

Tipos de pacientes pediátricos:

- Neonato: paciente comprendido desde el nacimiento hasta el primer mes de vida. Dentro de este grupo están los neonatos pretérmino pudiendo diferenciar a los “prematuros” (menos de 37 semanas de gestación), “prematuros moderados”

(entre las semanas 31 y 35 de gestación) y “prematureo extremo” (entre las semanas 24 y 30 de gestación)

- Lactante: pacientes entre 1 mes y 12 meses de vida.
- Niño: pacientes entre 1 año y 12 años de vida.
- Adolescente: paciente desde los 12 a los 18 años.

La resonancia magnética es un imán potente y utiliza para adquirir imágenes, pulsos electromagnéticos, no emite radiación X. Consta de diferentes partes, entre ellas, los gradientes. Estos gradientes varían el campo electromagnético a lo largo del cuerpo del paciente, logrando que solamente resuene aquella parte que queremos estudiar.

Para la adquisición de las imágenes nos apoyamos en los átomos de hidrógeno, los cuales captan la energía transmitida por los pulsos electromagnéticos y se excitan. Cuando el pulso deja de emitirse el exceso de energía que es expulsado, también en forma de pulso electromagnético. Estos pulsos exclusivamente excitan aquella zona del cuerpo que queremos estudiar y para ello utilizamos antenas que son al mismo tiempo emisoras y receptoras. Una vez reciben la energía emitida por los átomos de hidrógeno, esta se transforma en imagen que posteriormente podremos visualizar.

2 Objetivos

- Ayudar al técnico en el abordaje del paciente pediátrico.
- Explicar métodos para evitar estrés en los pacientes pediátricos.
- Diferenciar tipos de pacientes pediátricos.

3 Resultados

Es importante conocer los diversos pacientes pediátricos a los que nos podemos enfrentar. No podemos tratar de la misma manera a un bebé de un mes, que a un niño de 14 años o a un paciente con una discapacidad. Siendo conscientes de esto, es interesante aplicar bien los métodos de abordaje con cada uno para que la prueba pueda realizarse correctamente.

“El apoyo emocional y la educación pueden capacitar a toda la familia para enfrentarse de manera más eficaz al tratamiento...”

El técnico sabrá diferenciar a los pacientes que le llegan y así aplicar las técnicas que mejor se adapten a cada uno.

En pacientes pediátricos con algún tipo de discapacidad tendremos que adaptarnos a la situación.

Las técnicas de abordaje han de elegirse en función de la edad y etapa de desarrollo del paciente. Lo importante es que el niño se sienta en un ambiente relajado y no centre su atención en lo que se le va a realizar.

- Con pacientes neonatos:

Podemos aplicar técnicas de arrullo, incluso algo de sacarosa que les ayuda a relajarse e incluso a quedarse dormidos junto con la técnica de succión de un chupete.

- En pacientes lactantes:

Tendremos que usar técnicas de anestesia. Para ello nos apoyamos en anestesiólogos pediátricos que serán los que se encarguen de dormir al paciente. El técnico mientras podrá aplicar técnicas de distracción simples.

- Con los niños en edad preescolar podemos utilizar juegos.
- En niños escolares y adolescentes podremos entablar conversaciones con ellos, explicándoles qué es lo que les vamos a realizar y cómo pueden colaborar con nosotros.

Aunque el papel del TSID esté centrado en realizar las pruebas en los diversos pacientes que podemos encontrar, no debemos olvidar que debemos adaptarnos a cada uno de estos pacientes. En el caso que nos compete, nos centraremos en conseguir que el paciente pediátrico se encuentre cómodo y colaborador. Con ello nosotros conseguiremos que su nivel de ansiedad esté bajo, comprendan algo más en que consiste la prueba y qué es lo que necesitamos de ellos.

Obtenemos de esta manera un paciente pediátrico que no tendrá problemas en volver a realizarse una resonancia magnética y un técnico que ha conseguido una prueba de imagen óptima para su diagnóstico.

4 Discusión-Conclusión

Para el técnico es muy importante que el paciente durante la resonancia esté totalmente inmóvil. Por ello, el abordaje pediátrico es interesante de conocer para que la prueba se pueda llevar a cabo sin problemas.

Conociendo los diferentes métodos, la prueba resultará óptima para su diagnóstico y menos violenta o traumática para el paciente.

La importancia de una buena experiencia con la prueba determinará la actitud con la que en posteriores ocasiones se enfrenten a la misma. El paciente pediátrico te identificará de esta forma como una figura familiar, cercana y de confianza, así en el momento que se produzca la separación con los padres no se generará una situación traumática.

5 Bibliografía

1. Manuel GG, Francisca MB. Peculiaridades del Paciente Pediátrico. Scartd.org [Internet]. 2023 [citado 02 Ago 2023] Disponible en: https://scartd.org/arxius/pedia1_2012.pdf.
2. Jan S, Renee A. Distraer a los pacientes pediátricos durante los pacientes dolorosos. Elsevier.es. 2023. 43-44.
3. Ostos, R. (2023, April 26). Paciente pediátrico: cuidados y clasificación. Centro Médico ABC. <https://centromedicoabc.com/revist-digital/que-cuidados-debe-recibir-un-paciente-pediatrico/>.
4. Gisbert C, Sánchez D, Romero Sanz E. Actuación con pacientes pediátricos en pruebas diagnósticas [Internet]. Universidad europea.com. [citado el 29 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/>.

Capítulo 330

EL ROL DEL TÉCNICO SUPERIOR DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN EL QUIRÓFANO

LORENA MORÓN ROJAS

LETICIA CERDEÑO DE PAZ

CRISTINA POLONIO

MIGUEL DAMAS CRUZ

JORGE VALERO MARTÍN

1 Introducción

En el ámbito de la medicina, la obtención y el análisis de imágenes médicas juegan un papel fundamental en la toma de decisiones clínicas precisas. La evolución tecnológica ha llevado a un aumento significativo en la utilización de imágenes en el diagnóstico y tratamiento de diversas patologías. En este contexto, el papel del técnico superior de imagen para el diagnóstico en el quirófano ha emergido como un componente esencial en el proceso quirúrgico moderno.

Los avances en la tecnología médica han permitido el desarrollo de equipos de imagen de última generación, brindando a los profesionales de la salud una visión detallada y en tiempo real del interior del cuerpo humano. El técnico superior de imagen para el diagnóstico, con su experiencia y habilidades especializadas, de-

spliega estos sistemas de imagen en el quirófano para asistir al equipo quirúrgico en la realización de procedimientos precisos y seguros.

A medida que las cirugías se vuelven más complejas y se requiere un enfoque multidisciplinario, la presencia del técnico superior de imagen se convierte en una pieza clave para optimizar los resultados quirúrgicos. Este artículo explora los equipos utilizados por estos profesionales, las operaciones más frecuentes en las que participan y la importancia de su contribución en la visualización intraoperatoria. En última instancia, la colaboración entre los técnicos y el equipo médico garantiza una atención de calidad y promueve una cirugía guiada por imágenes que impacta positivamente en la atención al paciente.

2 Objetivos

- Explorar el papel del técnico superior de imagen para el diagnóstico en el quirófano, destacando los equipos empleados y la relevancia de su trabajo en el éxito de las operaciones quirúrgicas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 superiores de imagen para el diagnóstico en el quirófano desempeñan una función esencial al proporcionar imágenes detalladas y en tiempo real que respaldan la toma de decisiones clínicas durante los procedimientos quirúrgicos. Los equipos de imagen utilizados en este entorno varían según la naturaleza de la operación y las necesidades específicas del paciente.

En cirugías ortopédicas, por ejemplo, la fluoroscopia se ha convertido en una herramienta fundamental. Permite a los cirujanos visualizar estructuras óseas y dispositivos implantados en tiempo real, lo que es crucial para la colocación precisa de implantes y la corrección de deformidades. De manera similar, en procedimientos cardiovasculares, la angiografía proporciona imágenes dinámicas de los

vasos sanguíneos, lo que guía la colocación de stents y la reparación de anomalías.

En operaciones neurológicas, las imágenes intraoperatorias adquieren un papel crucial. La tomografía computarizada intraoperatoria (TCIO) y la resonancia magnética intraoperatoria (RMIO) permiten a los neurocirujanos visualizar estructuras cerebrales con una resolución excepcional durante la cirugía, mejorando la precisión en la resección de tumores y la protección de áreas funcionales. La colaboración cercana entre los técnicos y el equipo médico se traduce en procedimientos más eficientes y seguros. La adquisición de imágenes intraoperatorias en tiempo real permite a los cirujanos tomar decisiones informadas sobre la marcha, lo que minimiza los riesgos y mejora los resultados postoperatorios.

En resumen, el trabajo de los técnicos superiores de imagen en el quirófano es esencial para proporcionar imágenes de alta calidad que guían y apoyan la ejecución de diversas operaciones. La combinación de tecnología de imagen avanzada y experiencia técnica contribuye significativamente a la seguridad y la efectividad de los procedimientos quirúrgicos, mejorando en última instancia la calidad de la atención al paciente.

5 Discusión-Conclusión

En el entorno quirúrgico actual, la presencia y labor del técnico superior de imagen para el diagnóstico son fundamentales para asegurar la obtención de imágenes precisas y en tiempo real durante los procedimientos. La evolución de la tecnología de imagen ha permitido un enfoque más preciso y personalizado en la cirugía, beneficiando tanto a los pacientes como a los profesionales de la salud. La colaboración entre los técnicos y el equipo quirúrgico ha demostrado ser crucial para el éxito de las operaciones, ya que las imágenes intraoperatorias facilitan decisiones informadas y procedimientos más efectivos. Los avances en equipos como la fluoroscopia, la angiografía, etc, han transformado la manera en que se abordan diversas cirugías, desde ortopédicas hasta neurológicas.

En conclusión, el técnico superior de imagen para el diagnóstico desempeña un papel esencial en la cirugía moderna, mejorando la precisión y la seguridad de los procedimientos. La visualización intraoperatoria avanzada permite una atención más precisa y minimiza los riesgos, en última instancia mejorando la calidad de vida de los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas.

6 Bibliografía

1. GarcíaLópezE,etal. Proyecciones radiológicas intraoperatorias en cirugíade cadera. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. 2020; 64(3): 223-230.
2. Consejo de Seguridad Nuclear. Guía de Radioprotección en Radiología Intervencionista y Angiografía. Madrid: CSN; 2019.
3. Rodríguez-Rodríguez MA,etal. Radioprotección en intervencionismo radiológico: equipamiento de protección personal. Radiología. 2021; 63(1): 51-61.

Capítulo 331

LA IMPORTANCIA DE LA RADIOLOGÍA CONVENCIONAL EN TRAUMATOLOGÍA Y EL PAPEL QUE DESEMPEÑA EL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

MIGUEL DAMAS CRUZ

LETICIA CERDEÑO DE PAZ

CRISTINA POLONIO

LORENA MORÓN ROJAS

JORGE VALERO MARTÍN

1 Introducción

La radiología convencional, a menudo referida como radiografía convencional o simplemente radiografía, ha sido un pilar fundamental en el campo de la medicina y, en particular, en la especialidad de traumatología. Desde su descubrimiento por Wilhelm Conrad Roentgen en 1895, esta técnica ha revolucionado la manera en que los profesionales de la salud visualizan y diagnostican lesiones óseas y traumas. A pesar de los avances en tecnología de imágenes médicas, la radiología convencional sigue siendo un componente esencial en el enfoque multidisciplinario de la evaluación y tratamiento de lesiones traumáticas.

La radiografía convencional utiliza radiación ionizante para producir imágenes bidimensionales del interior del cuerpo humano. Su valor en traumatología radica en su capacidad para proporcionar imágenes de alta resolución de las estructuras óseas, permitiendo la detección temprana, evaluación y seguimiento de fracturas, luxaciones, subluxaciones y otras lesiones traumáticas. La simplicidad y rapidez con la que se pueden obtener las imágenes radiográficas hacen que esta técnica sea especialmente valiosa en situaciones de emergencia, donde una evaluación rápida y precisa es crucial para tomar decisiones clínicas informadas. A lo largo de los años, la radiología convencional ha evolucionado en términos de técnicas y equipamiento, lo que ha permitido una mayor calidad de imagen y una reducción de la dosis de radiación para los pacientes. Además, se ha integrado con sistemas digitales que agilizan la captura, almacenamiento y distribución de imágenes radiográficas, mejorando la comunicación entre profesionales de la salud y facilitando la colaboración en casos de traumatismos complejos.

En este contexto, esta revisión se enfoca en explorar la importancia continua de la radiología convencional en traumatología. Se analizarán los principales estudios científicos que respaldan su utilidad, así como las regiones anatómicas más comúnmente evaluadas y las patologías traumáticas típicas que se visualizan a través de esta técnica. Además, se destacará cómo la radiología convencional se complementa con otras modalidades de imágenes más avanzadas, asegurando una evaluación integral y precisa de las lesiones traumáticas. En última instancia, este análisis subraya la relevancia perdurable de la radiología convencional en el diagnóstico y manejo exitoso de los traumatismos, consolidando su posición como una herramienta indispensable en la práctica clínica de la traumatología.

2 Objetivos

- Describir la relevancia de la radiología convencional en la detección y diagnóstico de lesiones traumáticas, destacando su utilidad en la visualización de estructuras anatómicas y su capacidad para identificar patologías comunes.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los resultados obtenidos a través de la revisión exhaustiva de la literatura científica revelan de manera consistente la importancia continua de la radiología convencional en el campo de la traumatología. Numerosos estudios han destacado su papel fundamental en la detección, evaluación y seguimiento de lesiones óseas y traumas, proporcionando información valiosa para la toma de decisiones clínicas informadas.

En términos de regiones anatómicas evaluadas, se observa que la radiografía convencional se utiliza de manera extensa en una amplia gama de áreas del cuerpo humano. Las extremidades superiores e inferiores, incluyendo el hombro, el codo, la muñeca, la cadera, la rodilla y el tobillo, son frecuentes focos de estudio debido a la alta incidencia de fracturas y luxaciones en estas áreas. La columna vertebral también se somete a evaluación radiográfica en busca de fracturas, subluxaciones y otros trastornos vertebrales que pueden resultar de lesiones traumáticas.

Las fracturas son lesiones comunes que se benefician de la radiografía convencional, ya que las imágenes permiten una clara visualización de las discontinuidades en las estructuras óseas. Las fracturas de huesos largos, como el fémur y la tibia, así como las fracturas de clavícula y radio, son hallazgos frecuentes en los estudios radiográficos. Además, las imágenes radiográficas son eficaces en la detección de desplazamientos y angulaciones que pueden influir en el plan de tratamiento.

Las luxaciones y subluxaciones articulares también son identificadas a través de la radiología convencional. La evaluación de las relaciones articulares y la alineación anatómica es esencial para determinar la gravedad de las lesiones y para guiar la reducción adecuada de las articulaciones afectadas.

En resumen, los resultados de esta revisión subrayan que la radiología convencional sigue siendo un componente esencial en traumatología. Su capacidad para proporcionar imágenes claras de las estructuras óseas y articulares, junto con su rapidez y accesibilidad, la convierten en una herramienta valiosa en el diagnóstico y manejo de lesiones traumáticas. Aunque otras modalidades de imagen han avanzado, la radiografía convencional mantiene su posición central en la evaluación inicial y el seguimiento de pacientes con traumatismos, facilitando la toma de decisiones clínicas efectivas y la mejora de los resultados clínicos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la radiología convencional emerge como una piedra angular irremplazable en el ámbito de la traumatología. Su capacidad para proporcionar imágenes nítidas y detalladas de las estructuras óseas y articulares, en conjunto con su inmediatez y disponibilidad, la consolida como una herramienta de diagnóstico esencial. A pesar de la evolución tecnológica en el campo de la imagen médica, la radiografía convencional mantiene su prominencia en la evaluación primaria y el seguimiento de lesiones traumáticas.

Las fracturas de huesos largos y otras lesiones óseas, así como las luxaciones articulares, pueden ser detectadas con precisión gracias a la claridad de las imágenes radiográficas. Esto permite una identificación temprana de las lesiones y una planificación efectiva del tratamiento. Además, la radiografía convencional se integra armoniosamente con otras modalidades de imágenes más avanzadas, mejorando la comprensión integral de las lesiones traumáticas.

Aunque las tecnologías de imágenes médicas han avanzado, la radiología convencional no solo persiste, sino que continúa siendo una herramienta de primera línea en la atención de traumatismos. La rapidez con la que se obtienen resultados y su capacidad para guiar decisiones clínicas fundamentales contribuyen significativamente a la atención de calidad. En última instancia, la radiología convencional se erige como un aliado crucial para los profesionales de la traumatología, asegurando una evaluación precisa y un enfoque terapéutico eficiente en el complejo panorama de las lesiones traumáticas.

6 Bibliografía

1. GarcíaLópezE,etal.Proyeccionesradiológicasintraoperatoriasencirugíade cadera. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. 2020; 64(3): 223-230.
2. Consejo de Seguridad Nuclear. Guía de Radioprotección en Radiología Intervencionista y Angiografía. Madrid: CSN; 2019.
3. Rodríguez-RodríguezMA,etal.Radioprotección en intervencionismo radiológico: equipamiento de protección personal. Radiología. 2021; 63(1): 51-61.

Capítulo 332

FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LAS RADIACIONES TIPO ALFA

GUILLERMO BIELSA ALCAIDE

AZALEA ESTEBAN LÓPEZ

FRANCISCO CALDERON BARQUERO

NEREA SALCEDO DOMÍNGUEZ

MARÍA ISABEL GERICÓ SÁNCHEZ

1 Introducción

La radiación alfa es un tipo de radiación ionizante compuesta por partículas alfa, que consisten en núcleos de helio (2 protones y 2 neutrones). Estas partículas alfa son emitidas por núcleos inestables de átomos durante un proceso conocido como desintegración alfa. Aunque las partículas alfa tienen una carga eléctrica positiva, su masa es relativamente grande en comparación con otras formas de radiación ionizante, como la radiación beta y gamma.

Debido a su masa y carga, las partículas alfa tienen una capacidad de penetración limitada en la materia. Incluso una hoja de papel o la piel humana puede detenerlas. Sin embargo, si se ingieren o inhalan, pueden ser peligrosas, ya que pueden ionizar las células cercanas y causar daño en el material genético celular, aumentando el riesgo de cáncer y otras enfermedades.

Por otro lado, en aplicaciones industriales y científicas, la radiación alfa se utiliza en dispositivos como detectores de humo y generadores de energía en pequeñas

cantidades, ya que su bajo poder de penetración las hace relativamente seguras en el manejo controlado. Los investigadores también estudian la desintegración alfa para entender mejor la naturaleza y estabilidad de los núcleos atómicos, lo que ha llevado al desarrollo de importantes teorías en física nuclear.

2 Objetivos

Dar a conocer e indicar las funciones del técnico de rayos en relación con las radiaciones tipo alfa 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 han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El técnico de rayos, también conocido como técnico en radiología o técnico en radioterapia, juega un papel crucial en las operaciones con radiación alfa. Su función principal es garantizar la seguridad y precisión en la administración de tratamientos y procedimientos que involucran radiación alfa. Algunas de sus funciones específicas incluyen:

Preparación del equipo: El técnico de rayos es responsable de preparar y calibrar el equipo utilizado en la administración de radiación alfa, como los dispositivos de emisión y detección de partículas alfa.

Posicionamiento del paciente: Asegura que el paciente se coloque adecuadamente para recibir la radiación alfa en la región específica del cuerpo que requiere tratamiento o diagnóstico, utilizando técnicas de inmovilización y alineación precisa.

Seguridad radiológica: El técnico de rayos debe seguir estrictamente los protocolos de seguridad para proteger al paciente, al personal y al público de la exposición innecesaria a la radiación alfa. Esto incluye el uso de delantal de plomo y dispositivos de blindaje.

Control de dosis: Supervisa y controla la dosis de radiación alfa administrada al paciente, asegurándose de que se cumplan las recomendaciones y pautas establecidas por los profesionales de la salud, como los médicos y físicos médicos.

Registro y documentación: Lleva un registro detallado de todos los tratamientos y procedimientos realizados, incluyendo la dosis de radiación alfa administrada y los parámetros técnicos utilizados.

Mantenimiento del equipo: Realiza tareas de mantenimiento rutinario y asegura el correcto funcionamiento de los equipos de radiación alfa para garantizar la calidad y precisión de los tratamientos y diagnósticos.

Colaboración con el equipo de salud: Trabaja en estrecha colaboración con el equipo de salud, como médicos, físicos médicos y otros profesionales, para asegurar la coordinación adecuada y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos o diagnósticos.

Educación al paciente: Explica el procedimiento de manera clara al paciente y proporciona apoyo emocional y físico durante el tratamiento o estudio.

Actualización profesional: El técnico de rayos se mantiene actualizado con las últimas tecnologías y avances en el campo de la radiación alfa, participando en programas de formación y educación continua.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo destacando que el equipo de técnicos de rayos tiene que llevar bien controlado la radiación en los equipos con los que trabajan, ya que su salud se ve en peligro a consecuencia de ello. El consejo del técnico de rayos para utilizar la radiación alfa de manera segura y efectiva es seguir siempre los protocolos de seguridad establecidos.

El técnico de rayos desempeña un papel esencial en las operaciones con radiación alfa al garantizar la seguridad, precisión y eficacia en los tratamientos y procedimientos, contribuyendo así al bienestar del paciente y al éxito de la terapia o diagnóstico.

6 Bibliografía

1. Lancharro, P. M. (2011). Riesgos psicosociales en personal sanitario hospitalario (Doctoral dissertation, Universidade de Santiago de Compostela).

Capítulo 333

EQUIPO RADIOLÓGICO Y PAPEL DEL TÉCNICO DE RADIODIAGNÓSTICO EN LA VERTEBROPLASTIA

MARÍA SABINO AMADO

ANA GARCÍA MARÍN

ELVIRA ZAMORANO BARROSO

MARIBEL CRELGO HERRERO

ROCÍO LÓPEZ JESÚS

1 Introducción

La vertebroplastia es una de las técnicas de refuerzo vertebral introducidas en la radiología, basada en la introducción de un cemento óseo en el cuerpo vertebral de una de las vértebras del paciente debido a una fractura o aplastamiento. El principal beneficio que conlleva este tipo de intervención es el alivio del dolor, reconstruyendo la vértebra afectada.

Una de las variantes de esta técnica de basa en insertar un balón para restaurar la altura perdida, aparte de introducir el cemento óseo.

Este procedimiento ha ido evolucionando con el paso de los años, yendo desde el tratamiento de una fractura dolorosa hasta la asistencia en casos de metástasis.

Para poder llevar a cabo esta prueba se necesita que el paciente se realice una serie de estudios complementarios. Permitiendo evaluar si el paciente es o no apto para dicha prueba. (2)

Para este tipo de prueba, se utiliza un equipo de rayos X llamado fluoroscopio, una técnica que toma las imágenes de manera continuada.

Es una técnica, que permite ver diversos sistemas del cuerpo humano como son el sistema esquelético, digestivo, respiratorio, reproductivo, urinario, ... ; o también, estructuras específicas como son los huesos, articulaciones, músculos, y órganos sólidos como el corazón, pulmones o riñones.

2 Objetivos

- Conocer para qué se realizan las vertebroplastias.
- Descubrir el funcionamiento de la fluoroscopia.
- Conocer el equipo y funcionamiento de la fluoroscopia en la vertebroplastia.
- Descubrir el papel del técnico en radiodiagnóstico en las vertebroplastias.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y en bases de datos como: RadiologyInfo, Pardell, Laparoscopic, Scielo, o Chospab. Además, se aplica los conocimientos adquiridos durante la experiencia profesional como técnicos superiores en imagen para el diagnóstico, de los autores.

4 Resultados

La anatomía relacionada con la vertebroplastia, como su nombre indica, se trata de la columna vertebral. La columna tiene como funciones principales el sostén del cuerpo, la protección de la médula ósea o permitir el movimiento del tronco.

Normalmente, la vertebroplastia es un procedimiento que se recomienda hacerse a pacientes con tratamientos anteriores, es decir, a pacientes que hayan intentado desaparecer su sintomatología con otras técnicas. Si el reposo en cama, los soportes para espalda o medicamentos no ofrecen un resultado positivo o inefectivo, se planteará el ofrecimiento de este tipo de prueba intervencionista. Cabe

destacar, que, si el dolor es insoportable u ha tenido que ser hospitalizado, esta prueba deberá hacérsela de inmediato.

COMPONENTES DE LA MÁQUINA, USO DE LA MÁQUINA (PREPARACIÓN TÉCNICA).

Para la vertebroplastia se utiliza un equipo de rayos X llamado fluoroscopio. Éste incluye una mesa radiográfica, uno o dos tubos de rayos X y un monitor similar a un televisor que se localiza en la sala de control, donde se sitúa el técnico que realizará la exploración. Además, se necesita una aguja hueca o tubo llamado trócar, que es un instrumento con forma de bolígrafo que tiene una punta triangular en un extremo, usado generalmente dentro de un tubo hueco (cánula o manga). También se necesita un aparato para aplicar el cemento óseo en la zona necesitada. (1) (2)

La fluoroscopia es una técnica de imagen para el diagnóstico que permite ver diversos sistemas del cuerpo humano como el sistema esquelético, el sistema digestivo, el sistema urinario, el sistema respiratorio y el sistema reproductivo; o también permite visualizar estructuras específicas del cuerpo como huesos, músculos, articulaciones y órganos sólidos como el corazón, los pulmones o los riñones. (3)

De manera breve, esta técnica se basa en el uso de rayos X que atraviesan al paciente, atenuándose y formando la imagen radiográfica. (3)

A diferencia de otros aparatos que utilizan radiaciones ionizantes para formar imágenes diagnósticas, el fluoroscopio realiza una imagen retransmitida en un monitor en tiempo real. De modo más técnico, los fotones generados en el tubo de rayos X contienen un espectro de energías. Según la energía de dichos fotones contribuirán o no a la formación de la imagen, es decir, los fotones menos energéticos no contribuirán a la formación de la imagen ya que serán filtrados por láminas de aluminio (Al) y cobre (Cu). (4)

En la fluoroscopia se usan amplificadores de imagen que se basan en la luminiscencia. En esta técnica las imágenes se obtienen de forma continua y en tiempo real, lo que la hace apropiada para la radiología intervencionista. Éstos intensificadores contienen un material fotoemisor conocido como fotocátodo, que, como ya se ha mencionado anteriormente, emite electrones al incidir sobre él fotones de rayos X. Estos fotones inciden sobre una pantalla fluorescente de CsI y por cada fotón absorbido se emiten unos 2 mil o 3 mil fotones de luz. La radiación remanente, que es la que proviene del paciente después de atravesarlo,

atenuándose, llega al elemento fosforescente del intensificador y es convertida en luz visible, ya que se estimula el fotocátodo. Los electrones emitidos se enfocan mediante una serie de lentes hacia el fósforo de salida y se aceleran debido a la diferencia de potencial presente entre el fotocátodo y el ánodo.

Los principales componentes de la máquina utilizada para la vertebroplastia son el tubo intensificador de imagen, que se encarga de interpretar los fotones de luz emitidos y crear la imagen en tiempo real. A su vez el intensificador cuenta con un tubo al vacío, que contiene el elemento fosforescente de entrada, el fotocátodo, las lentes electrostáticas, los ánodos de aceleración y un elemento fosforescente de salida. Este tubo debe estar al vacío para que los electrones y los fotones que son necesarios para crear la imagen diagnóstica no choque con átomos del medio, perdiendo así su función y variando su trayectoria. Se compone también de un circuito cerrado con 1 o 2 monitores para la visualización de la imagen en el momento.

Por otro lado, existe otro tipo de fluoroscopia que es digital, en la cual se encuentran los mismos principios de funcionamiento, aunque, a diferencia de la fluoroscopia convencional, la señal de vídeo se digitaliza gracias a un convertidor analógico digital, resultando en una matriz de datos numéricos que codifican las imágenes, representando una intensidad de brillo específica. La calidad del vídeo depende del número de píxeles que contenga el monitor y de lo buena que sea la máquina disponible. (5)

MATERIALES DE LA VERTEBROPLASTIA:

El principal material utilizado en esta técnica es el cemento óseo-polimetacrilato (PMMA). Se trata de un cemento de alta viscosidad y radioopaco que se introduce en los cuerpos vertebrales. (19)

Se consigue gracias a la unión de un polvo compuesto por un copolirriero del metilmetacrilato, sulfato de bario y peróxido de benzolío, con un líquido compuesto por un monómero de metil-metacrilato.

Al polimerizarse, el cemento se hace duro lo que ocasiona una reacción exotérmica. Este tipo de cemento es un potente disolvente lipídico, por lo que se debe tener debido cuidado ya que puede provocar dermatitis por contacto.

Se debe usar con rapidez ya que la reacción exotérmica se puede producir con retraso provocando que se enfríe. Para ello, se le deberá mantener en un baño

helado. Cabe destacar el posible caso de que el cemento pudiera provocar posibles efectos adversos en las estructuras adyacentes, ya que actualmente no se ha podido demostrar lo contrario.

A veces, el cuerpo vertebral está demasiado colapsado y es necesario la utilización de un balón para poder insuflarlo con la finalidad de restaurar la altura del cuerpo vertebral. A este material se le denomina balón vertebral y es una técnica innovadora de la vertebroplastia que está siendo muy utilizada en la actualidad.

El medio de contraste es imprescindible en este tipo de prueba, que funcionará de guía para el médico encargado de la cirugía.

Además, se contará con lo denominado “kit para vertebroplastia” que estará compuesto por un trocar de punción de 30cm de longitud y de 17 G de calibre (abordaje postrero lateral), trocar de punción de 16 cm de longitud y de 17 G (abordaje transpedicular), y de una aguja-cánula de 16 cm de longitud y de 14 G Sistema de inyección controlada.

El enhebrado percutáneo del pedículo será imprescindible para un abordaje transpedicular estándar en el control radioscópico.

En total el coste en España de los materiales para la vertebroplastia es de aproximadamente 1.100 euros y 4.250 euros. (6)

PAPEL DEL TÉCNICO:

El técnico en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear es el encargado de cumplir correctamente las técnicas radiográficas para adquirir y procesar imágenes radiológicas a través del conocimiento anatómico en procedimientos tanto terapéuticos como diagnósticos.

Debe ser capaz de manejar el equipo de rayos X, realizar la puesta en marcha y calibración para evitar averías de la máquina, evaluar la calidad de la imagen, realizando la prueba nuevamente en caso necesario. Debe, además, realizar procedimientos de mantenimiento preventivos, detectando fallos. Debe asegurar el mayor rendimiento del equipo, obteniendo la mejor imagen que pueda ofrecer el equipo minimizando la radiación al paciente.

Cada día, es primordial que se registre el trabajo en el diario de operaciones para mantener constancia del mantenimiento del equipo radiológico y el apoyo asistencial.

Es el encargado de ejecutar los protocolos de las exploraciones y del procesamiento de las imágenes obtenidas, ya sean digitales, radiográficas, vídeos, guardadas en CD, etc. Para así complementar el informe médico de los pacientes.

Asimismo, controla y supervisa el estado de los elementos o materiales de protección radiológica plomada y el seguimiento dosimétrico del personal que puede ser expuesto a las radiaciones ionizantes encontradas en las exploraciones. Entre este personal posiblemente expuesto se encuentran los enfermeros, el personal auxiliar de enfermería, los cardiólogos, los médicos o cirujanos encargados de pruebas intervencionistas, los técnicos de imagen...

Está obligado a seguir las Normas de Bioseguridad en su desempeño laboral.

Es el personal que realiza la recepción del paciente, debiendo explicarle la exploración a realizar teniendo en cuenta su capacidad de entendimiento, luego el técnico debe realizar una serie de preguntas al paciente que incluyan la posibilidad de reacciones alérgicas a contrastes, la presencia de implantes metálicos que puedan obstruir la visión fotográfica de la prueba, los anteriores procedimientos de tratamiento o diagnóstico por imagen. Además, en el caso de que la paciente sea una mujer fértil, se deberá asegurar de que no exista posibilidad de embarazo, y en el caso de que sea así, no se realizará la prueba radiográfica

Se encarga también del revelado de la imagen, ya sea en forma de películas radiográficas, en CD's, en imágenes digitales o videos. Después de obtener la imagen necesaria, el técnico deberá enviarla al médico a través del propio paciente o a través del ordenador, directamente al médico radiólogo encargado de dicho paciente. Posteriormente, realizará el mantenimiento de la procesadora, limpiándola y preparándola para la próxima exploración, o en caso de ser la última prueba del día, realizar el apagado del equipo.

En caso de realizarse la exploración en una sala de urgencias o emergencias, el técnico estará obligado a colaborar con el enfermero o enfermera presente.

El médico radiólogo cuantificará el tamaño de la lesión mediante las imágenes adquiridas, escogiendo así el material necesario para la intervención posterior, comunicando al técnico cuál será la escogida, de manera que prepare el material necesario.

Gracias a las nuevas tecnologías, el mantenimiento ordenado de los archivos e informes de las pruebas realizadas a los pacientes se realizará de manera más sencilla y rápida. Todo esto se incluirá en el libro de procedimientos, incluyendo

el nombre del paciente, el número del estudio, así como el tipo de prueba realizada, la fecha del estudio, el médico y técnico encargados de realizar e interpretar dichas imágenes, respectivamente, entre otros datos relevantes.

Debe asegurarse de que los protocolos y las medidas de radioprotección se cumplan correctamente, controlando el uso de elementos como los protectores gonadales, su correcto estado y su apropiada calidad. Es el encargado de que las personas que entren a la sala estén debidamente protegidas de los rayos X y controla periódicamente la dosis de radiación que el aparato emite, de acuerdo con las normas de seguridad vigentes. (7)

5 Discusión-Conclusión

El tracto digestivo cuenta con gran número de órganos que lo forman, por lo que es crucial asegurarse de que no haya interferencias en ningún órgano que puedan causar riesgos adicionales al procedimiento.

Además, para su realización es necesario que se lleven a cabo muchos pasos complementarios como el uso de un doble contraste o los cambios de proyección del paciente. Por lo que en este tipo de prueba es muy importante la colaboración del paciente.

El equipo empleado es bastante completo y la prueba a pesar de las desventajas que tenga es aconsejable realizarse, ya que hay un mayor porcentaje de beneficios.

En conclusión, es una prueba compleja por la realización de imágenes de distintas estructuras anatómicas, las instrucciones previas que se deben llevar, y la necesaria colaboración del paciente. Pero, sigue siendo una de las pruebas más aconsejable para la sospecha de problemas relacionados con el tránsito intestinal y la deglución.

6 Bibliografía

[1]. Radiology info. radiology info. [Internet].; 2020 [citado 2020 octubre 22]. Disponible desde: <https://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=vertebro#equipo>.

[2]. Belsley S. laparoscopic. [Internet].; 2020 [citado 2020 octubre 23]. Disponible desde: <https://www.laparoscopic.md/es/surgery/instruments/trocar>.

[3]. salud c. pardell. [Internet].; 2020 [citado 2020 octubre 22]. Disponible desde: <https://www.pardell.es/fluoroscopia.html>

- [4]. Pardell. pardell. [Internet].; 2020 [citado 2020 octubre 24]. Disponible desde: <https://www.pardell.es/fluoroscopia-1.html>.
- [5]. Pardell. pardell. [Internet].; 2019 [citado 2020 octubre 25]. Disponible desde: <https://www.pardell.es/fluoroscopia.html#:text=Fluoroscop%C3%ADa%20convencional&text=El%20intensificador%20de%20imagen%20cuenta,un%20elemento%20fosforescente%20de%20salida..>
- [6]. Martínez-Quñones. J.V, Aso-Escario. J, Arregui-Calvo. R. Refuerzo vertebral percutáneo: vertebroplastia y cifoplastia. Procedimiento técnico [Internet]. Scielo; Zaragoza; 2005;16: 427-440. [Citado 22 de octubre de 2020]. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuro/v16n5/4.pdf>
- [7]. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. chospab. [Internet].; 2020 [citado 2020 octubre 26]. Disponible desde: https://www.chospab.es/enfermeria/pipe_nuevo/rx/protocolos/organiz_vasc.htm.

Capítulo 334

FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LAS TÉCNICAS CON RADIACIÓN BETA

GUILLERMO BIELSA ALCAIDE

AZALEA ESTEBAN LÓPEZ

FRANCISCO CALDERON BARQUERO

NEREA SALCEDO DOMÍNGUEZ

MARÍA ISABEL GERICÓ SÁNCHEZ

1 Introducción

La radiación beta es un tipo de radiación ionizante que consiste en partículas beta, las cuales pueden ser electrones (beta negativo) o positrones (beta positivo). Estas partículas son emitidas por núcleos inestables de átomos durante un proceso conocido como desintegración beta.

En la desintegración beta negativa, un neutrón dentro del núcleo se convierte en un protón, liberando un electrón y un antineutrino. El electrón, con carga negativa, es entonces expulsado del núcleo.

En la desintegración beta positiva, un protón dentro del núcleo se convierte en un neutrón, liberando un positrón y un neutrino. El positrón, con carga positiva, es liberado del núcleo.

La radiación beta tiene mayor capacidad de penetración que la radiación alfa, pudiendo atravesar la piel y algunos materiales, pero se detiene más fácilmente que la radiación gamma. Debido a esto, su uso en aplicaciones industriales, médicas y de investigación es relevante. Se utiliza en tratamientos de radioterapia para combatir el cáncer, así como en la detección y diagnóstico de enfermedades mediante técnicas de imagenología, como la tomografía por emisión de positrones (PET).

La seguridad es esencial al trabajar con radiación beta, y se deben seguir estrictos protocolos de protección radiológica para minimizar la exposición del personal y el público a esta forma de radiación ionizante.

2 Objetivos

Dar a conocer e indicar las funciones del técnico de rayos en relación con la radiación beta 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 han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El técnico de rayos, también conocido como técnico en radiología o técnico en radioterapia, juega un papel crucial en el manejo seguro y efectivo de la radiación beta. Sus funciones son fundamentales para garantizar la precisión del tratamiento y la protección tanto del paciente como del personal involucrado. A continuación, se detallan las principales funciones del técnico de rayos en relación con la radiación beta:

Preparación del equipo: El técnico de rayos es responsable de preparar y calibrar adecuadamente el equipo utilizado en el tratamiento con radiación beta. Esto incluye la verificación y ajuste de las fuentes radiactivas y el equipo de administración.

Posicionamiento del paciente: El técnico de rayos debe posicionar al paciente con precisión según las instrucciones del médico para asegurar que la radiación beta se administre en la zona de tratamiento específica y evitar daños en los tejidos sanos circundantes.

Control de dosis: Supervisa y controla la dosis de radiación beta administrada al paciente, asegurándose de que se cumplan las pautas y recomendaciones establecidas por los profesionales de la salud.

Seguridad radiológica: El técnico de rayos sigue rigurosamente los protocolos de seguridad para proteger al paciente, al personal y al público de la exposición innecesaria a la radiación beta. Esto incluye el uso de delantales de plomo y otros dispositivos de protección personal.

Registro y documentación: Lleva un registro detallado de todos los tratamientos realizados, incluyendo la dosis de radiación beta administrada y los parámetros técnicos utilizados.

Educación al paciente: Explica el procedimiento de manera clara al paciente y proporciona apoyo emocional y físico durante el tratamiento.

Mantenimiento del equipo: Realiza tareas de mantenimiento rutinario y asegura el correcto funcionamiento de los equipos de radiación beta para garantizar la calidad y precisión del tratamiento.

Colaboración con el equipo de salud: Trabaja en estrecha colaboración con el equipo de salud, incluyendo médicos y físicos médicos, para asegurar la coordinación adecuada y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.

Actualización profesional: El técnico de rayos se mantiene actualizado con las últimas tecnologías y avances en el campo de la radiación beta, participando en programas de formación y educación continua.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo destacando el trabajo que hace el técnico de rayos y del cuidado que tiene que tener en su puesto de trabajo que por culpa de las radiaciones le puede acarrear consecuencias muy graves , entre ellas el cáncer , que es la principal afectación de la radiación, El técnico de rayos desempeña un papel esencial en el tratamiento con radiación beta, garantizando la seguridad, precisión y eficacia del procedimiento, contribuyendo así al bienestar del paciente y al éxito del tratamiento radioterapéutico. Su competencia técnica y su enfoque en la seguridad radiológica son fundamentales para el cuidado del paciente y el personal médico involucrado.

6 Bibliografía

1. Lancharro, P. M. (2011). Riesgos psicosociales en personal sanitario hospitalario (Doctoral dissertation, Universidade de Santiago de Compostela)

Capítulo 335

CONTRASTES RADIOLÓGICOS Y SU USO EN RADIOLOGÍA

MARIBEL CRELGO HERRERO

ANA GARCÍA MARÍN

ELVIRA ZAMORANO BARROSO

MARÍA SABINO AMADO

ROCÍO LÓPEZ JESÚS

1 Introducción

Los contrastes radiológicos o medios de contraste son sustancias exógenas, generalmente artificiales, que se utilizan para visualizar o mejorar la visualización de órganos y estructuras corporales, que debido a su densidad, radiotransparencia, situación anatómica, etc., no son fácilmente visibles a la exploración radiológica convencional. Es decir, los contrastes realzan estructuras que normalmente no podríamos ver o no podríamos diferenciar de las que les rodean.

El uso de estos, nos permite diferenciar patologías, enfermedades, anomalías de dichas estructuras ampliando nuestra capacidad de diagnóstico.

Existen diferentes medios de contraste para los diferentes estudios que existen, y a veces estos mismos pueden tener efectos secundarios perjudiciales para el organismo.

Es conveniente que los pacientes antes de realizarse cualquier estudio que implique el uso de contraste, vengan en ayunas y no hayan ingerido alimentos en 6 horas, ya que pueden aparecer las ganas de vomitar y náuseas, y puede existir el riesgo de haber una aspiración broncopulmonar si no estamos en ayunas.

Hay pacientes que están medicados con metformina, un medicamento que ayuda a controlar la diabetes. Es importante suspender este tratamiento el día de la prueba y los dos días posteriores a su administración. Esto se debe a que la combinación de los contrastes yodados y la metformina ayuda a aumentar el riesgo del desarrollo de acidosis láctica y provoca daños renales.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes tipos de contraste así como la administración de cada uno.
- Exponer las diferentes reacciones alérgicas que se pueden producir y cómo actuar en caso de emergencia antes estas mismas.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda en libros dirigidos a técnicos superiores en imagen para el diagnóstico, revistas sanitarias de investigación y páginas web médicas. Se aplican además los conocimientos adquiridos durante la experiencia profesional como técnicos superiores en las diferentes salas del servicio de radiología en las cuales se emplean el uso de contrastes.

4 Resultados

En este capítulo vamos a ver los diferentes tipos de contraste que hay y en qué pruebas diagnósticas se emplean.

Vamos a diferenciar dos grandes grupos de contraste: los contrastes negativos y los contrastes positivos.

Si queremos que la estructura se vea muy oscura, es decir con densidad aire, se utilizan los llamados CONTRASTES NEGATIVOS. Estos absorben poca radiación, tienen un número atómico bajo, y es muy parecido a la densidad del aire. (Aire, oxígeno, CO₂)

Estos contrastes se utilizan para la valoración del tracto intestinal. Las exploraciones más realizadas fueron el estudio gastrointestinal con doble contraste y la colonoscopia en el TAC que consiste en introducir aire en el colon por vía rectal, con el seguimiento del TC de alta resolución.

Si queremos que la estructura se vea muy clara y brillante, es decir con densidad hueso o metal, vamos a emplear CONTRASTES POSITIVOS. Estos absorben mucha radiación, tiene un número atómico alto. Entre los contrastes positivos, vamos a encontrarnos, los contrastes no yodados (baritado y gadolinio) y los yodados.

Contrastes NO yodados:

Son aquellos que no derivan del yodo, se usan generalmente por vía enteral (se administra a través del tubo digestivo, ya sea de forma oral o rectal) salvo el gadolinio, que se usa por vía parenteral (cualquier vía fuera del tracto digestivo, por ejemplo intravenosa o intramuscular) de forma exclusiva en la Resonancia Magnética.

Dentro de los contrastes no iodados, podemos distinguir:

- Contrastes baritados: Derivados del Bario. Se usan exclusivamente por vía enteral.
- Gadolinio: Compuesto químico usado como principio activo en los contrastes de Resonancia Magnética.

Contrastes baritados:

El Bario es un elemento químico de número atómico alto por lo que se comporta como contraste positivo ofreciendo una densidad radiográfica similar al hueso. Es una sustancia que no se absorbe, no interfiere en la fisiología del organismo. Se administra de forma enteral (oral o rectal) y la eliminación también es rectal. Suele usarse el Sulfato de Bario en forma de granulado que debe disolverse con agua hasta formar una suspensión viscosa. No suele provocar efectos secundarios, salvo la típica coloración blanquecina de las heces y cierta diarrea que suele ceder tras la eliminación del contraste. El contraste baritado es muy tóxico en tejido vivo por lo que si existe posibilidad de extravasado de contraste (fuga, fistulas, perforaciones, por conductos distintos de los que debería, pacientes recién operados de los órganos por los que va a transitar el contraste) jamás se utiliza contraste baritado.

La sala de exploración donde más se emplean estos tipos de contrastes es en el telemando, al realizar estudios del aparato digestivo tales como un esofagograma,

tránsito gastroduodenal, tránsito intestinal en cuyos casos vamos a administrar el contraste de forma oral (bario) y además podemos administrar aire como contraste negativo en estos estudios y utilizar el doble contraste. En el estudio del intestino grueso, conocido como enema opaco, vamos a introducir el bario por vía rectal. Así podremos ver radiografías seriadas según va pasando el tiempo y con él, el contraste a través del aparato digestivo.

Contrastes de gadolinio:

El Gadolinio es un elemento químico perteneciente a la familia de los Lantánidos con número atómico y con altas propiedades paramagnéticas. Es decir, es capaz de alterar la interacción entre los campos electromagnéticos generados en la resonancia magnética y los núcleos atómicos de nuestro organismo que reaccionan con esos campos para producir la imagen de RM. Esa interferencia hace posible que estructuras que normalmente no se verían o no podrían diferenciarse bien en una exploración de resonancia convencional, puedan visualizarse o distinguirse con claridad.

Es un elemento altamente tóxico por lo que se administra disuelto en soluciones de sales especiales. (Gadolinio DTPA) que es hidrosoluble y muestra escasa toxicidad.

Se administra de forma parenteral (intravenosa). Alcanza su mayor actividad a los 15 minutos de administrarse aunque ofrece imágenes aceptables casi instantáneamente. La eliminación del gadolinio es renal. Entre los efectos secundarios más comunes encontramos: sensación de calor difuso, sudoración leve y sabor metálico. Debemos tener especial cuidado con los pacientes que sufran insuficiencia renal

La prueba más común donde vamos a utilizar este contraste, son las Angioresonancias (Visualización arteriovenosas en RM) pero en cualquier prueba de resonancia puede usarse.

Contrastes YODADOS

Son los contrastes más usados en radiología. Todos ellos son derivados del Yodo, es un elemento químico de número atómico alto, se ioniza con facilidad (se carga eléctricamente), y es altamente tóxico. La intoxicación con yodo provoca una sobrecarga de la glándula tiroidea que puede desembocar en problemas cardíacos y otros.

Además el yodo es altamente irritante para pulmones y piel de ahí su alta capacidad para producir reacciones alérgicas en ocasiones muy severas.

Se dividen en:

- Monómeros iónicos (un anillo bencénico, Ionizados).
- Dímero iónico (ioxaglato) (dos anillos y ionizados).
- Monómero no iónicos (yodo no cargado).
- Dímero no iónico

La toxicidad de los compuestos yodados está determinada por la osmolaridad, es decir, la concentración del preparado, la quimiotoxicidad del yodo y el carácter iónico.

Los medios de contraste iodados tradicionales suelen ser hipertónicos (alta osmolaridad), cargados iónicamente, por lo que producen mayor cantidad de reacciones. La vía de administración puede ser parenteral u oral. La eliminación de este contraste va a depender del compuesto. Se elimina preferentemente por vía hepática, digestiva o renal. Los efectos secundarios más comunes son: náuseas vómitos, diarrea, sensación de calor en la zona de la garganta y de los genitales, sabor metálico. El contraste yodado está contraindicado en pacientes con alergia al yodo. Las pruebas radiodiagnósticas más comunes donde se emplea este medio de contraste son en el telemando para el estudio del aparato reproductor femenino (histerosalpingografía) para estudio del aparato urinario, como la urografía intravenosa, pielografía retrógrada, cistografía, el Uro TC, en el escáner, TEP en vascular...

Todo medicamento puede provocar reacciones adversas más allá de los efectos secundarios, y los contrastes no son una excepción. Los contrastes que más reacciones generan son los yodados.

Una reacción alérgica o anafiláctica es una situación desencadenada como consecuencia a la administración de un compuesto que el sistema inmunitario identifica como exógeno y nocivo, provocando la activación de los mecanismos de defensa inmunitaria como la inflamación, náuseas. Se pueden clasificar en:

- Leves: No afectan ni comprometen los sistemas vitales del organismo. Puede asociarse a síntomas cutáneos, gastrointestinales o respiratorios. Pueden desembocar o ser el inicio de una reacción grave
- Graves: Afectan a los sistemas y órganos vitales, constituyendo una situación de urgencia vital que compromete seriamente la vida del paciente. Se manifiesta con síntomas graves respiratorios y cardiovasculares. Es muy común que las reacciones graves se presentan como un conjunto de varias de ellas en lo que se denomina shock anafiláctico.

¿Qué hacer en caso de emergencia?

Debemos detectar los síntomas lo antes posible: Prurito, sudoración, mareo, cosquilleo en la garganta, tos... Una vez identificados, debemos:

- Interrumpir de manera inmediata de la administración del contraste.
- Avisar inmediatamente a la enfermera y al médico.
- Oxigenar al paciente si es preciso y tranquilizarlo
- Observarlo y vigilarlo para prevenir una reacción grave.

Posteriormente se procederá a poner tratamiento de manera inmediata (A criterio del médico radiólogo y administrado por este mismo o personal de enfermería):

- Corticoides (urbason y actocortina)
- Antihistamínicos (polaramine).

Ante cualquier síntoma de reacción grave podemos siempre suponer que éste puede ser indicativo de que el paciente puede sufrir un Shock Anafiláctico Grave. El Shock o Choque anafiláctico es una situación grave que engloba todas las reacciones graves que se pueden dar en el sistema respiratorio, cardiovascular, nervioso.

Generalmente una reacción alérgica grave no suele presentarse aislada sino que antes o después lleva al Shock Anafiláctico. La actuación debe ser inmediata, ya que puede originar parada cardiorrespiratoria.

Síntomas en caso de reacción alérgica grave:

Respiratorios: Taquipnea, disnea, broncoespasmos, acorchamiento de lengua

Generales: ansiedad, escalofríos, diaforesis, pérdida del conocimiento

Cardiovasculares: taquicardia, hipotensión, arritmias, síncope vasovagal

Conducta a seguir:

- Interrumpir inmediatamente la administración de contraste, aspirar si es posible.
- Asegurar la vía aérea del paciente, colocarlo en posición de defensa (decúbito lateral)
- Administrar oxígeno en alta concentración.
- Avisar al médico y enfermera inmediatamente.
- Vigilar pulso, respiración y consciencia continuamente.
- Adrenalina al 1 % vía subcutánea.
- Corticoides intravenosos en dosis altas.

La parada cardiorrespiratoria, es la complicación más grave que puede ocurrir. Se define como el cese brusco e inesperado de la respiración espontánea, así como de la actividad eléctrica del corazón o la presencia de una actividad cardíaca que

no es capaz de producir un latido efectivo, y si no se trata desemboca en un fallo multiorgánico por falta de oxigenación, que provoca la muerte.

La RCP es una situación en la cual se debe actuar con total rapidez. cuanto más tiempo se tarda en atender, menos posibilidades de reanimación hay.

Síntomas:

- Pérdida de conocimiento, ausencia de respuesta externa.
- Apnea
- Ausencia de pulso carotídeo
- Asistolia Cardíaca.
- Fibrilación Ventricular.
- Taquicardia ventricular sin pulso
- Disociación electromecánica

5 Discusión-Conclusión

Los medios de contraste son una importante herramienta que nos sirven de mucha ayuda en los estudios de imágenes para el diagnóstico. El correcto uso de estos y sus diferentes vías de administración, nos permiten optar en la elección del contraste necesario para el estudio de cada caso y cada paciente en particular. El papel del técnico es fundamental en la administración de los contrastes. Para una correcta administración y evitando todas las posibles incidencias deberá:

- Realizar una correcta entrevista al paciente antes de realizar la prueba, indagar sobre posibles reacciones alérgicas previas a contrastes e informar al médico de ello.
- Hablar frecuentemente al paciente, durante la administración del medio de contraste siempre que sea posible, controlar sus signos vitales, respiración y pulso.
- Interrumpir el contraste al más mínimo indicio de emergencia. Iniciar rápidamente las maniobras de RCP y seguir las recomendaciones de conducta siempre. Informar rápidamente al médico y la enfermera.

6 Bibliografía

1. REVISTA MÉDICA <https://revistamedica.com/tipos-contraste-radiologico-tomografico-ter/#RESUMEN>
- y 2. REVISTA SANITARIA https://revistasanitariadeinvestigacion.com/los-medios-de-contraste-radiograficos/#google_vignette

3. Tomografía computarizada dirigida a técnicos superiores sanitarios en imagen para el diagnóstico. J. Costa y J.A Soria

Capítulo 336

FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LAS TÉCNICAS CON RADIACIÓN GAMMA

GUILLERMO BIELSA ALCAIDE

AZALEA ESTEBAN LÓPEZ

FRANCISCO CALDERON BARQUERO

NEREA SALCEDO DOMÍNGUEZ

MARÍA ISABEL GERICÓ SÁNCHEZ

1 Introducción

Las técnicas con radiación gamma son procedimientos que involucran el uso de radiación gamma, una forma de radiación ionizante electromagnética de alta energía. Esta radiación se emite desde el núcleo de átomos inestables durante su proceso de desintegración radiactiva. A diferencia de la radiación alfa y beta, la radiación gamma no consiste en partículas, sino en fotones de alta energía similar a los rayos X.

Las técnicas con radiación gamma tienen diversas aplicaciones en campos como la medicina, la industria y la investigación. En medicina, se utilizan en procedimientos de diagnóstico, como la gammagrafía y la tomografía por emisión de positrones (PET), para obtener imágenes detalladas del interior del cuerpo y detectar anomalías o enfermedades.

En la industria, se emplean en la radiografía industrial para inspeccionar materiales y estructuras en busca de defectos o fisuras, y también en la esterilización de productos y alimentos.

En investigación, se utilizan en técnicas de espectroscopia gamma para estudiar la composición y propiedades de materiales y para analizar muestras en laboratorios.

El uso de técnicas con radiación gamma requiere un manejo cuidadoso y protocolos de seguridad para proteger a las personas expuestas y al medio ambiente de la radiación. Es esencial seguir las normativas y procedimientos establecidos para minimizar los riesgos y garantizar el beneficio máximo de estas técnicas en diversas aplicaciones científicas e industriales.

2 Objetivos

Dar a conocer e indicar las funciones del técnico de rayos en relación con las técnicas con radiación gamma 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 han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El técnico de rayos, también conocido como técnico en radiología o técnico en radioterapia, juega un papel esencial en la realización de técnicas con radiación gamma. Sus funciones son fundamentales para garantizar la seguridad, precisión y efectividad de los procedimientos que involucran este tipo de radiación ionizante. A continuación, se detallan las principales funciones del técnico de rayos en relación con las técnicas con radiación gamma:

Preparación del equipo: El técnico de rayos es responsable de preparar y calibrar adecuadamente el equipo utilizado en las técnicas con radiación gamma. Esto incluye la verificación y ajuste de los equipos de detección y generación de la radiación gamma.

Posicionamiento del paciente o muestra: El técnico de rayos debe posicionar al paciente o la muestra de manera precisa para asegurar que la radiación gamma incida en la zona de interés, ya sea para diagnóstico o investigación.

Control de la dosis: Supervisa y controla la dosis de radiación gamma administrada al paciente o muestra, asegurándose de que se cumplan las pautas y recomendaciones establecidas por los profesionales de la salud o investigadores.

Seguridad radiológica: El técnico de rayos sigue estrictamente los protocolos de seguridad para proteger al paciente, al personal y al público de la exposición innecesaria a la radiación gamma. Esto incluye el uso adecuado de delantales de plomo y otros dispositivos de protección personal.

Registro y documentación: Lleva un registro detallado de todos los procedimientos realizados, incluyendo la dosis de radiación gamma administrada y los parámetros técnicos utilizados.

Colaboración con el equipo de salud o investigadores: Trabaja en estrecha colaboración con el equipo de salud o los investigadores para asegurar la coordinación adecuada y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos o de investigación.

Educación al paciente o equipo de investigación: Explica el procedimiento de manera clara al paciente o al equipo de investigación y proporciona apoyo emocional y físico cuando sea necesario.

Mantenimiento del equipo: Realiza tareas de mantenimiento rutinario y asegura el correcto funcionamiento de los equipos de radiación gamma para garantizar la calidad y precisión de los procedimientos.

Actualización profesional: El técnico de rayos se mantiene actualizado con las últimas tecnologías y avances en el campo de las técnicas con radiación gamma, participando en programas de formación y educación continua.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo, destacando la importancia del control de radiación por parte del equipo de radiología, ya que las consecuencias son graves si no se controla. El técnico de rayos desempeña un papel crucial en las técnicas con radiación gamma, asegurando la seguridad y eficacia de los procedimientos que se efectúan en los centros hospitalarios, así como contribuyendo al éxito de los diagnósticos o investigaciones que involucran este tipo de radiación ionizante. Su competencia técnica y su enfoque en la seguridad radiológica son fundamentales para el cuidado del paciente o el éxito de los estudios científicos, que es una gran labor.

6 Bibliografía

1. Lancharro, P. M. (2011). Riesgos psicosociales en personal sanitario hospitalario (Doctoral dissertation, Universidade de Santiago de Compostela).

Capítulo 337

EL TRABAJADOR SOCIAL Y LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS EN EL HOSPITAL

MARIA INMACULADA GARCIA CUTANDA

SANDRA CARRASCO OJEDA

GLORIA PANIAGUA LEAL

ANA PARRAS VACAS

MARÍA DEL PRADO ALBA MEDINA

1 Introducción

La comunicación de malas noticias, una fuente de estrés, ansiedad e incomodidad tanto para la persona que da como para la que recibe la información, hace que algunos profesionales tergiversen, otras veces oculten u omitan la información. En la práctica de la medicina, con frecuencia se comunican malas noticias. Es ante todo responsabilidad del proveedor de atención médica informar al paciente sobre el diagnóstico de una enfermedad grave, el mal pronóstico del proceso patológico, una enfermedad incapacitante o el fallecimiento de un ser querido.

Por lo que sigue, una etapa en el ciclo vital de los individuos que conlleva una situación de vulnerabilidad caracterizada por una variedad de los desequilibrios

en el ámbito familiar, laboral, social, emocional y económico que requieren apoyo e intervención multidisciplinaria.

Cuando un paciente o una familia ha recibido malas noticias, un trabajador social de salud puede ayudar ofreciéndole apoyo emocional y trabajando para abordar cualquier efecto no médico que pueda resultar del diagnóstico.

En este artículo se abordará el desarrollo de la intervención del trabajador social sanitario en la transmisión de malas noticias en el ámbito hospitalario.

En el ámbito social, el trabajador social fomenta la participación en los diversos servicios comunitarios y sociales que previenen el aislamiento social. Educa sobre los derechos legales que le corresponden y coordina la intervención.

2 Objetivos

Conocer las funciones que desempeña el trabajador social sanitario en la comunicación de malas noticias y ver la importancia de la intervención del trabajador social sanitario.

3 Metodología

Siendo los criterios de inclusión publicados entre 2019 y 2021, en idioma español, teniendo como suscriptores “Salud” y “Comunicación”, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos electrónicas, entre ellas Google Scholar, Dialnet, Scielo y MEDLINE (PubMed). Además, las “Malas Noticias” y “Trabajo Social”. Se ha consultado bibliografía similar (libros, artículos de revistas) sobre trabajo social.

4 Resultados

En el ámbito médico, la Ley 41/2002 establece que el paciente tiene derecho a decidir lo que quiere saber y que el profesional tiene la responsabilidad de comunicarlo de forma que el paciente pueda entenderlo. Cuando alguien quiere escuchar la verdad, puede ser igualmente dañino obligarlo a escucharla en contra de su voluntad.

La palabra “malas noticias” tiene muchas definiciones.

-Según Buckam (Buckman, 1984), las malas noticias son información que “cambiará grave o adversamente las perspectivas del paciente sobre su futuro”.

-Es descrita por Dias como "cualquier información que afecte adversa y gravemente la visión del futuro".

-Ptacek lo define como "cualquier comunicación relacionada con el proceso de atención médica que conlleve la percepción de amenaza física o mental, el riesgo de ver superadas las propias capacidades en función del estilo de vida establecido, existiendo objetiva o subjetivamente pocas posibilidades de afrontar negativamente el acontecimiento reciente".

Todas estas definiciones tienen una cosa en común: el mensaje que se transmite es desfavorable.

Partimos de la premisa de que, a la hora de dar malas noticias, es fundamental tener formación en técnicas de comunicación efectiva porque hacerlo aumenta la confianza del paciente y alivia su malestar y mejorar la experiencia del paciente con la enfermedad.

El protocolo SPIKES o Buckman, que se centra en el comportamiento empático, reconocer y validar los sentimientos del paciente y explorar la comprensión y aceptación de las malas noticias, es uno de los protocolos que más utilizan los profesionales de la salud a la hora de comunicar malas noticias y dar información sobre posibles intervenciones.

Cuando un paciente o un familiar ha recibido una mala noticia, interviene un trabajador social sanitario, que ofrece atención directa e individualizada y, al mismo tiempo, recurre a la empatía para ofrecer apoyo psicosocial.

Para brindar atención directa, durante la entrevista de recepción se exploran las necesidades del paciente y el entorno familiar.

A través de la entrevista se recoge información sobre las áreas en las que es posible intervenir y se crea el plan de intervención en colaboración con la familia del paciente para implicarla en el proceso. Esto hace imprescindible que el paciente y/o familia tengan los conocimientos necesarios para afrontar las nuevas circunstancias que trae el proceso de la enfermedad.

Favorecer la adaptación del paciente a sus nuevas circunstancias requiere centrar la intervención en los sectores sociales, económicos y sanitarios impactados por su enfermedad.

El papel del trabajador social en la gestión de los recursos asistenciales públicos y privados es crucial en el ámbito de la salud porque facilitan la recuperación del paciente y protegen contra la recaída o el empeoramiento de la enfermedad. Además, proporciona detalles a los profesionales médicos sobre problemas relacionados con la condición del paciente que tienen un impacto negativo en su flujo de trabajo.

Dar a las personas acceso a recursos que garanticen los niveles más básicos de

calidad de la vida constituye una intervención a nivel económico-laboral. En esta área, el trabajador social supervisa los beneficios de pensión del Sistema de Seguridad Social, así como la asistencia financiera para satisfacer las necesidades básicas.

5 Discusión-Conclusión

La Trabajadora Social del equipo multiprofesional es fundamental para dar malas noticias.

Su asistencia es sobre todo crucial en situaciones de crisis derivadas de procesos patológicos graves porque proporciona apoyo emocional y además garantiza el mejor confort posible para el paciente y su entorno, proporcionando habilidades para vencer el duelo en todas sus etapas.

La dotación de los recursos necesarios y la capacidad de toma de decisiones, favoreciendo la adaptación a los cambios que se producirán y la superación de las dificultades que se presenten, son fundamentales para afrontar una enfermedad grave o la muerte de un ser querido.

6 Bibliografía

1. Cavero, A. P. (2020). Implicaciones del Trabajo Social en la calidad de vida durante el proceso oncológico Implications of Social Work on life quality during cancer (Doctoral dissertation, Universidad de Zaragoza).
2. López-Davalillo, L. U. (2021). La dimensión terapéutica del Trabajo Social.

Capítulo 338

LA IMPORTANCIA DEL INFORME SOCIAL EN EL TRABAJO EN RED

MARIA INMACULADA GARCIA CUTANDA

SANDRA CARRASCO OJEDA

GLORIA PANIAGUA LEAL

ANA PARRAS VACAS

MARÍA DEL PRADO ALBA MEDINA

1 Introducción

Una red es una colección de objetos conectados que podemos entender. Sin embargo, es crucial ampliar esta definición para incluir a las personas que crecen en entornos sociales y que interactúan con otras personas a lo largo de sus vidas. Los espacios de intercambio virtual, que no lo hacen, han sustituido a las redes que las nuevas tecnologías fomentaron para conectar a las personas.

Para intercambiar información entre personas se requieren reuniones cara a cara. Cuando vemos a una persona como un componente de una sociedad y de algunos sistemas en lugar de una entidad separada que existe fuera de su entorno, la creación de redes se vuelve necesaria. Por eso, el trabajo en red en trabajo social no es una elección, sino una necesidad para comprender la gama de comportamientos que pueden requerir intervención profesional.

Todas las partes implicadas, incluidos los profesionales y la persona con la que se realizará la intervención, deben estar de acuerdo y cooperar para que la red

funcione.

Con este modelo, todos los involucrados deben hacer un esfuerzo por tomar el mismo curso de acción para aumentar la efectividad de las intervenciones. El informe social es una herramienta que podemos utilizar para difundir información al respecto.

2 Objetivos

-Conocer la importancia del uso informe social como herramienta principal para la transmisión de información en el trabajo en red.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 metodología de intervención utilizada por los trabajadores sociales es propia y utilizan una variedad de herramientas para desarrollarla, incluyendo historias de vida, genogramas, planes de atención centrados en la persona, informes sociales y otros.

Uno de los métodos más habituales para valorar y difundir datos sobre los casos en los que interviene un trabajador social es el informe social.

Creemos que este informe es importante porque está destinado a ser ejecutado y el destinatario puede considerar servicios y beneficios que beneficiarán o tendrán un impacto en la situación personal, familiar o legal del propietario. Ofrece una visión integral de cada intervención y de cada persona, además de permanecer en una opinión profesional.

Debido a que tiene la formación necesaria para realizarlos adecuadamente, el trabajador social es el único profesional capacitado para realizar este tipo de informes.

El trabajador social comienza a establecer contactos en este punto.

Comienza a asistir a una persona o familia, para lo cual investiga y evalúa las circunstancias de todo lo que ocurre en su entorno inmediato. Necesitará otros expertos que nutrirán su historia y tendrán una perspectiva amplia para comprender plenamente su entorno.

Después de recopilar todos los datos, puede enviar un informe social que contendrá principalmente las secciones que se enumeran a continuación:

1. Carátula: Constará la empresa desde la que se elabora el informe, el perito que lo realiza, el lugar, el objeto del informe, el motivo, el detalle y la persona a quien va dirigido.
2. Datos personales y lugar de residencia.
3. situación laboral.
4. La situación sociosanitaria.
5. Se han encontrado problemas.
6. una evaluación general del entorno social.
7. sugerencia de intervención.
8. Propuesta de datos detallada.

En estos apartados se desarrollarán todos los aspectos de la vida de la persona en cuestión. Cuando este informe esté completo, se enviará al profesional correspondiente para que pueda proporcionar la información y comenzar a establecer contactos.

5 Discusión-Conclusión

La creación de redes es una forma de intervenir cuando las personas que forman parte de una sociedad son tratadas injustamente porque no podemos entender a las personas como entidades separadas del resto de la sociedad, sino más bien como miembros de sociedades o redes de sistemas interconectados.

El informe social, que recogerá todos los datos necesarios para comprender cada caso e intervenir de la mejor manera posible, es una de las herramientas más importantes que puede beneficiar a este networking relacionado con las intervenciones de trabajo social. Esta herramienta se puede conservar en papel y utilizar hasta finalizar la intervención. Luego puede archivar y actualizarse según sea necesario y luego compartirse con los demás profesionales que conforman la red de trabajo.

6 Bibliografía

1. COTS. (2020). El informe social instrumento propio y exclusivo de la profesión de trabajo social.
2. Ubieto, J. R. (2007). Modelos de trabajo en red. Educación social: Revista de intervención socioeducativa.

Capítulo 339

EL TRABAJO SOCIAL: SUS PRINCIPALES FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

MARIA INMACULADA GARCIA CUTANDA

GLORIA PANIAGUA LEAL

MARÍA DEL PRADO ALBA MEDINA

ANA PARRAS VACAS

SANDRA CARRASCO OJEDA

1 Introducción

Las familias en situación de vulnerabilidad, aquellas con patologías severas que impactan significativamente en la familia o patologías crónicas, situaciones de riesgo social y aquellas que han sido desarraigadas de su entorno familiar, requieren la atención del trabajador social, quien puede ofrecerles asesoramiento o la terapia en colaboración con profesionales médicos y personal de enfermería. Colabora con diversas instituciones y las organizaciones comunitarias para involucrarlas en la atención y promoción de la salud. Todas las instalaciones hospitalarias cuentan actualmente con una unidad de trabajo social.

El estudio, diagnóstico y tratamiento de los factores sociales que contribuyen a la promoción de la salud y la estética son todos aspectos del trabajo social, que

es la disciplina que se ocupa de la composición psicosocial de un individuo, de la enfermedad que afecta a los individuos, las familias, los grupos y la comunidad. La atención a los pacientes debe pensarse desde una perspectiva integral, que denota una acción que abarca desde la identificación del riesgo social hasta la solución o derivación del problema planteado.

Los trabajadores sociales desempeñan un papel activo en la prevención y promoción de la salud a través de programas de salud comunitarios, además de trabajar con la población enferma.

2 Objetivos

Describir la importancia y las principales funciones que tiene el trabajo social en el ámbito sanitario, tanto dentro de los hospitales como en centros de salud.

3 Metodología

Para realizar el presente trabajo se han consultado artículos en las principales bases de datos: Medline, Scielo, Pubmed, se han seleccionado artículos científicos que proceden de publicaciones académicas revisadas. Se ha llevado a cabo un estudio que consiste en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

4 Resultados

Se requiere la intervención de un trabajador social para abordar los problemas que enfrentan los pacientes y sus familias cuando están enfermos.

Como parte de la atención integral que caracteriza al sistema sanitario para la atención de la salud de las personas, el trabajador social profesional interviene con los pacientes de nuevo ingreso y sus familiares en cualquiera de las unidades de gestión clínica de la población y en colaboración con el equipo médico y el personal de enfermería.

Colabora con diversas instituciones y organizaciones comunitarias para involucrarlas en la atención y promoción de la salud. Actualmente, existe una unidad de trabajo social en cada centro hospitalario.

Es un campo de estudio que aborda los aspectos psicosociales del individuo a través de la investigación, diagnóstico y tratamiento de las variables sociales que

influyen tanto en la propagación de enfermedades entre los individuos como en la promoción de la salud.

Cuando los pacientes y sus familias luchan por sobrellevar la situación, el trabajador social puede ofrecer asesoramiento o asesoramiento. Este profesional de trabajo social trabaja en colaboración con profesionales médicos, psicólogos, psiquiatras y personal de enfermería para brindar atención para la atención de la salud de la población que define el sistema de salud.

Colabora con diversas instituciones y organizaciones comunitarias en el área de participación comunitaria para incluirlas en la prestación de atención médica y su promoción.

Además de ayudar a los enfermos, los profesionales sociosanitarios también participan en los programas sanitarios de la comunidad para la prevención y promoción de enfermedades. Además de la investigación y la docencia, centran sus esfuerzos en la prevención, tratamiento y rehabilitación de problemas sociales que impactan en la salud del público en general.

5 Discusión-Conclusión

Para poder atender a los pacientes en el ámbito hospitalario y a sus familias en circunstancias y decisiones difíciles, el papel del trabajador social en las intervenciones de asesoramiento y la terapia es crucial.

Sin tener esta asistencia esencial, se encontrarían indefensos en diversas situaciones de extrema vulnerabilidad, como las provocadas por enfermedades, la soledad ocasional, el peligro social, etc.

Como parte de la atención integral que el sistema de salud define para la atención de la salud de la población, el trabajador social colabora con otros profesionales en un ejercicio multidisciplinario en coordinación con médicos, psicólogos y personal de enfermería.

6 Bibliografía

- 1.<https://bellvitgehospital.cat/es/trabajo-social>.
- 2.<https://chguv.san.gva.es>.

Capítulo 340

PROTECCIÓN DEL HIGIENISTA BUCODENTAL ANTE UNA RADIOGRAFÍA ODONTOLÓGICA

LAURA PLAZA BASCUÑANA

MARÍA DEL CORAL LOZANO GUIJARRO

MIRIAM BERMEJO PEÑA

LUCIA PULPON AYUSO MORALES

1 Introducción

Una de las funciones o roles del Higienista bucodental es la Radiología, los que se refiere a la especialidad que genera imágenes del cuerpo mediante agentes físicos (rayos X, campos magnéticos, ultrasonidos) para poder observar como se encuentra la boca del paciente y se pueda realizar un diagnóstico completo para planificar el tratamiento.

Ante las Radiografías dentales hay que tomar una buena protección, para minimizar la exposición a la radiación, empleando instalaciones correctas y equipos homologados.

Cuando hablamos de la protección radiológica, nos referimos a defender la salud del paciente frente a los riesgos que conllevan dichos procesos radiológicos; además, no sólo hay que proteger al paciente, sino también el higienista debe protegerse para evitar posibles problemas.

En cuanto a las medidas preventivas que debemos de tomar para el paciente, encontramos:

- Utilización de delantales de plomo desde la glándula tiroides a la región genital.
- No realizar radiografías en caso de Embarazo.

Pero tenemos que conocer también todas las medidas preventivas que los Higienistas bucodentales tienen que tomar cuando quieran realizar una radiografía tanto intrabucal como extrabucal; cada una de las medidas que se tomarán están justificadas mediante estudios que garantizan la protección y evitación de un posible daño al profesional.

2 Objetivos

- Conocer la definición del concepto de Radiografía.
- Conocer las medidas de prevención tanto para pacientes como para Higienistas.
- Implementar los sistemas de protección radiológica.

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, prevención radiológica, Radiografía, Radiografía intrabucal y extrabucal.

4 Resultados

Hemos hablado en la introducción de las medidas de protección para los pacientes, pero es vital también, conocer los sistemas de protección o medidas preventivas que debe tomar el Higiénico bucodental. Entre ellas encontramos:

- En el caso de radiografías Intrabucales: Mantener una distancia de 2 metros del tubo de rayos X. En el caso de no poder mantenerse en esa distancia, usar el delantal de plomo y alejarse lo máximo posible.
- En el caso de radiografías Extrabucales: los aparatos deberán estar en una habitación revestida de plomo.

Los sitios en los que se encuentren los aparatos radiológicos deben encontrarse totalmente adecuados para su utilización, para ello:

- La zona debe estar controlada para evitar riesgos.
- Hay que señalar las zonas y delimitarla.
- Los accesos deben estar limitados a personas autorizadas.
- Cuando la zona se encuentra controlada, tiene que disponer de: dosímetros individuales, protección de equipos personales, evaluación de dosis por dosimetría de área.

Los higienistas bucodentales deben de formarse en esta área y estar en constante actualización tanto de métodos como de maquinaria.

Si se adoptan las medidas planteadas, los higienistas no deben de recibir ninguna dosis de radiación, lo que no quita que sea indispensable someter a los higienistas a vigilancia radiológica periódica, para evitar posibles y futuros problemas.

Hemos tocado el tema del embarazo en pacientes, pero también puede ser que una higienista se encuentre en estado de embarazo, en este caso será importante informar en todo momento de su estado para evitar someterse a radiaciones de manera accidental. Podrá seguir desempeñando su labor, pero siempre utilizar las medidas generales de protección, además se debería disponer de un experto cualificado para calcular la dosis fetal prevista según los aparatos y la carga de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica adecuada, podemos concluir que los Higienistas son profesionales sanitarios cualificados para realizar las técnicas radiográficas odontológicas, deben ser conscientes de los daños que se pueden producir tanto en los pacientes como en ellos mismos al exponerse a radiaciones; de ahí la importancia de conocer las medidas de protección más acordes según los tipos de radiografías que se vayan a ir realizando; al igual que disponer de áreas específicas para la maquinaria radiográfica.

Los higienistas deben contemplar las dosis recibidas y los tiempos para reducir el riesgo al estar expuestos a los procesos radiológicos como pueden ser: cáncer, defectos genéticos o incluso anomalías del nacimiento.

6 Bibliografía

1. Servicio gallego de salud: <https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/2959/Manual%20general%20de%20proteccion%20radiologica.pdf>
2. International Atomic Energy Agency: <https://rpop.iaea.org/>

RPOP/RPoP/ Content-es/InformationFor/ HealthProfessionals/6_Other Clinical-Specialities/Dental/ DentalPatientProtection.htm

3. Ascensium: <https://ascensium.es/proteccion-radiologica-para-clinicas-dentales/>

Capítulo 341

REALIZACIÓN DE CT DE TÓRAX

ROCÍO LÓPEZ JESÚS

ANA GARCÍA MARÍN

MARIBEL CRELGO HERRERO

ELVIRA ZAMORANO BARROSO

MARÍA SABINO AMADO

1 Introducción

El término CT(tomografía computarizada) se refiere a un procedimiento con el cual se combina la técnica de radiología convencional con la tomografía y junto a avances informáticos, se generan imágenes anatómicas de alta resolución de contraste en forma de cortes o imágenes tridimensionales.

La imagen se consigue obteniendo múltiples valores de atenuación desde diferentes ángulos alrededor del paciente y mediante un cálculo matemático se reconstruye la imagen, principalmente desde un corte o plano tomográfico axial.

Es una prueba muy usada, sobre todo cuando el diagnóstico debe de hallarse a la mayor brevedad, debido al corto plazo de tiempo necesario para la obtención e imágenes.

La CT se usa para el diagnóstico de diversas patologías, aunque en este caso nos vamos a centrar en su uso a nivel torácico, para conocer así el procedimiento de esta prueba, así como los protocolos y las principales enfermedades.

Antes de realizar un CT de tórax, todo técnico de imagen para el diagnóstico debe de conocer con perfección las estructuras anatómicas que se encuentran en

el mismo, para poder así localizarlas correctamente, sabiendo que en una prueba de CT, no se van a ver colocadas tal y como las conocemos, sino en un corte axial. Aunque actualmente los escáneres más modernos permiten hacer reconstrucciones los distintos planos.

2 Objetivos

- Conocer las ventajas del CT de tórax frente a otras pruebas diagnósticas.
- Definir cómo es su preparación, protección y colocación del paciente.
- Conocer el principal protocolo del CT de tórax.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática en libros sanitarios relacionados con este tema a tratar, así como se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Elsevier y CSN.

Además de la suma del conocimiento adquirido tanto del autor como de los coautores en el puesto de trabajo de Técnico en imagen para el diagnóstico.

4 Resultados

La CT a diferencia de los rayos x convencionales, proporciona detalladas imágenes de los órganos y tejidos del cuerpo. Es una técnica no invasiva, no dolorosa y con una gran capacidad para el diagnóstico.

La CT es una prueba rápida, y menos sensible al movimiento que la resonancia magnética, por otro lado, permite guiar procedimientos mínimamente invasivos como la toma de biopsias, drenajes, colecciones de líquido o tumores. A diferencia de los ultrasonidos, en CT no depende de la habilidad del profesional que la realice.

La CT puede mostrar todas las estructuras anatómicas del tórax debido a las grandes diferencias de densidad que existen entre grasa, elementos óseos, músculo y parénquima pulmonar.

A su vez es muy ventajosa en las zonas del tórax que son particularmente complicadas para la radiología convencional, como el mediastino, pulmón perimedial, áreas peridiafragmáticas... en un solo corte puede verse separadas estructuras que en la radiografía pueden quedar solapadas o incluso no verse lesiones pequeñas.

Lo más frecuente actualmente es realizar un estudio de CT de tórax como primera prueba al sospechar alguna patología del tórax o después de una radiografía de tórax simple tras observar una patología inespecífica o una anomalía.

Para la realización de la prueba es importante la preparación del paciente, el cual deberá venir informado en que consiste el estudio que se va a realizar, así como saber cuál son los inconvenientes que pueda conllevar.

Siempre deberán traer un consentimiento informado en el caso de que la prueba necesite el uso de contrastes, habiéndole explicado con anterioridad que medicamentos o alimentación puede tomar o no antes de la realización de la prueba.

Es obligatorio que el paciente acuda en ayunas para la realización del CT de tórax, solo no será así, si este es alérgico al contraste yodado. Para la administración del contraste se necesita saber entre otras cosas:

- La edad del paciente
- Si padece insuficiencia cardíaca o renal
- Si padece alguna enfermedad coronaria
- Posibilidad de embarazo
- Reacción previa a algún contraste

La administración de contraste yodado por vena tiene una serie de riesgos, no es muy habitual las reacciones graves, pero siempre hay que estar informado de cuáles son los síntomas para prevenir que pueda ocurrir nada.

Al paciente siempre se le coloca en decúbito supino con los brazos extendidos hacia la cabeza, para evitar las superposiciones provocadas por las extremidades superiores. En caso de haber alguna complicación o necesitar acceso a la zona de punción para el tórax, esta posición es la más adecuada.

Todo técnico especialista en radiodiagnóstico siempre prima por la protección del paciente, con lo cual deberá ponerle protección siempre que sea posible antes de la realización de la prueba. En este caso, y siempre que el estudio no fuese ampliado hasta el abdomen, el técnico deberá colocar un mandil plomado en las zonas genitales del paciente.

Actualmente, existen unos protectores de bismuto, para colocar encima de las mamas de las mujeres y de esta manera protegerla frente a la radiación.

Aunque hay varios protocolos en el CT de tórax, los principales son: CT de rutina o convencional y CT de alta resolución.

CT de rutina:

- El paciente se coloca en decúbito supino con los brazos por encima de la cabeza
- Se realiza el estudio en inspiración
- Se centra en la escotadura esternal en el plano sagital y a la altura de la línea axilar media en el plano coronal

- Se realizan dos scout, uno en plano sagital y otro coronal
 - El estudio se realiza de los vértices pulmonares hasta los ángulos costofrénicos incluidos
 - Siempre se activan las reconstrucciones de ventana de mediastino y ventana de pulmón.
 - Si el estudio llevase contraste habría que activar el estudio con un retraso de unos cuarenta segundos.
 - El espesor de corte suele ser de ocho a diez mm y en los CT más modernos de 5 mm
- CT de alta resolución, todo el procedimiento es igual a excepción de dos cosas:
- Se realizan, además de la ventana de mediastino, una ventana de pulmón para cada pulmón por separado
 - El espesor de corte es mucho menor, de uno a dos mm de espesor

5 Discusión-Conclusión

Actualmente, en un servicio de radiodiagnóstico existe una alta variabilidad de equipos y pruebas para hallar patologías torácicas.

Depende el estado del paciente y lo que considere el médico podrían realizar desde una radiografía convencional, así como una ecografía, una resonancia o un CT de tórax.

Las dos pruebas que nos pueden dar un diagnóstico más parecido son la resonancia magnética y el CT, pero puesto que el CT te da una imagen reconstruida en los tres planos y es mucho más rápida a la hora de la realización, es la que se utiliza con mayor probabilidad, sobre todo en los servicios de urgencias.

6 Bibliografía

- Tomografía computarizada dirigida a Técnicos Superiores en Imagen para el Diagnóstico. Elsevier España, S.A., 2015
- TC y RM: Diagnóstico por imagen del cuerpo humano. 5ª Ed. Elsevier España, S.A., 2011

Capítulo 342

FUNCIONES DEL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS

INMACULADA DURAN AMOROS

JESÚS MARTÍN ROLDÁN

VANESSA QUIROGA MINAYA

NEREA CIDFUENTES JIMÉNEZ

ANA MARIN PUERTA

1 Introducción

El servicio de Urgencias hospitalario está destinado a recibir, estabilizar y atender al paciente que requiera de atención médica inmediata porque esté en peligro su vida o alguna de las funciones de un órgano. Se debe diferenciar entre emergencia que requiere atención inmediata para salvar la vida de un paciente y urgencia que requiere asistencia médica en un corto periodo de tiempo, ya que este no implica riesgo en la vida del paciente. Al ser un servicio tan complejo como imprescindible se precisa tener establecido un orden de prioridades.

- Admisión. Se recogen los datos administrativos e información necesaria del paciente y se entregará la pulsera identificadora con los datos. Si su salud estuviese comprometida, serán los acompañantes quien realicen este trámite.

- Triage. Basándose en un sistema que clasifica y selecciona a los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias, se priorizará la atención médica de cada paciente basándose en el nivel de gravedad. La escala de priorización se hace en estos rangos:

-Nivel 1, crítico o resucitación: Esta urgencia requiere de atención médica inmediata y estará marcada de color rojo.

-Nivel 2, emergencia: Se requiere de una atención médica en los primeros 10-15 minutos. Marcada con el color naranja.

-Nivel 3, urgencia: No requiere de atención inmediata, estos pacientes se puede esperar hasta los 60 minutos, ya que puede representar una urgencia con riesgo vital si no se atiende. En este caso se marcará con el color amarillo.

-Nivel 4, estándar. Son urgencias menores y se puede demorar su atención hasta las 2 horas. Se marca con el color verde.

-Nivel 5, no urgente. Se consideran las menos urgentes, pudiendo llegar la demora de atención a 4 horas. En este caso se identificarán con el color azul.

Una vez establecida la gravedad de la urgencia, se derivará al paciente a la sala de espera o será atendido directamente por un médico, quien solicitara las intervenciones o pruebas necesarias, como por ejemplo al servicio de radiodiagnóstico para establecer un diagnóstico mediante imágenes radiográficas, donde el técnico especialista en radiodiagnóstico realizará las pruebas solicitadas.

2 Objetivos

- Entender la importancia del diagnóstico mediante la imagen radiográfica solicitada desde el servicio de urgencias.

- Explicar las diferentes pruebas diagnósticas mediante la obtención de imágenes que pueden solicitar desde el servicio de urgencias.

- Recordar las medidas de protección radiológica en el servicio de radiodiagnóstico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha 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

Partiendo de la base de que el servicio de radiodiagnóstico es un servicio complementario y muy importante para el servicio de urgencias, ya que en muchos casos serán necesarias diversas exploraciones mediante la imagen para establecer un diagnóstico en pacientes que acuden al hospital a través de urgencias.

El diagnóstico por imagen es una especialidad médica que tiene como fin el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, utilizando como base fundamental las imágenes y datos funcionales obtenidos por medio de radiaciones ionizantes o no ionizantes y de otras fuentes de energía.

Las pruebas que el servicio de urgencias puede solicitar al servicio de Rx son múltiples:

- Radiografías convencionales. Es la más habitual, se utilizan los Rx que al traspasar el cuerpo se obtienen las imágenes. Podrán solicitarlas para diagnosticar diversas afecciones como fracturas, neumonías, piedras del riñón...

Se realizan en una sala de radiología convencional conformada por un tubo de Rx y por una mesa y un bucky mural de exposición. El técnico de radiodiagnóstico se encarga de preparar al paciente quitando de la zona a explorar cualquier objeto metálico y lo colocará en la posición necesaria según la exploración. Efectuará el o los disparos desde una cabina plomada. Debe explicar al paciente la importancia de que no se mueva.

- TAC. Son utilizados los Rx y obtienen imágenes radiográficas del interior del cuerpo en forma de cortes transversales o si es necesario en forma de imágenes 3D, sirven para diagnosticar posibles infecciones, detectar hemorragias internas, lesiones en órganos, fracturas, etc.

El equipo de TAC se encuentra en una sala plomada y está formada por una mesa de exploración que se introduce dentro de la fuente de Rx en forma de aro. El técnico de imagen para el diagnóstico colocará al paciente en la mesa de exploración dependiendo del examen a realizar. Retirá cualquier objeto metálico y explicará que se le va a realizar al paciente y la importancia de que no se puede mover. Al igual que en la radiología convencional efectuará el estudio desde una cabina o sala con una barrera plomada.

- Resonancia Magnética. Son exámenes que a través del uso de imanes y ondas de radio potentes crean imágenes del cuerpo. No se emplea ningún tipo de radiación ionizante. Pueden solicitarse para diagnosticar una infección, estudiar vasos sanguíneos, identificar masas y tumores...

En la sala donde se encuentra el equipo de resonancia magnética, compuesto por un imán de alta potencia en forma de donuts, antenas receptoras de ondas de

radio y una mesa de exploración, no puede entrar ningún tipo de objeto metálico debido a la gran potencia del imán. El técnico de imagen para el diagnóstico colocará en la posición necesaria al paciente y realizará la prueba en una sala contigua.

- Ecografía. Este procedimiento sirve para crear imágenes bidimensionales o tridimensionales en el que se emplean los ultrasonidos. Al igual que en la Resonancia Magnética, no se emplea ningún tipo de radiación ionizante. Esta exploración será realizada por el radiólogo, pero el técnico de radiodiagnóstico será quien prepare al paciente sobre la camilla e introduzca los datos en el ecógrafo.

- Radiografías portátiles. Serán solicitadas aquellos pacientes que no puedan transportarse de forma segura al servicio de radiodiagnóstico debido a su enfermedad, por falta de movilidad, porque necesite aislamiento, etc. Es un tipo de radiología convencional pero con un equipo de Rx portátil.

En este caso, el técnico de imagen para el diagnóstico sí debe desplazarse hasta el servicio de urgencias y realizar la proyección con un aparato de Rx portátil. No debemos olvidar la importancia de las medidas de seguridad establecidas en los protocolos de protección radiológica.

Se debe reducir el tiempo o la cantidad de radiación al mínimo sin que afecte a la calidad del estudio.

Aumentar la distancia a la fuente de Rx cuando no existan barreras de blindaje y solo se utilice protección personal.

Las salas de exploración donde se utilicen Rx deben estar totalmente plomadas.

5 Discusión-Conclusión

En función de la prueba solicitada, el técnico de radiodiagnóstico que será quien la lleve a cabo, deberá procurar que esta tenga la máxima calidad por su importancia para el posterior diagnóstico.

El técnico de imagen para el diagnóstico es quien debe introducir de forma correcta los datos del paciente en los diferentes equipos donde se realicen las exploraciones.

Este debe mantener cada sala con el material necesario. Será quien prepare al paciente para la exploración, se asegure de que el paciente no porte ningún elemento metálico, lo colocará en la posición necesaria para realizar la adquisición de imágenes e indicará las instrucciones correctas para la buena realización de la exploración.

En cuanto a la protección radiológica, dependiendo del tipo de estudio, no debe

olvidarse de tomar las medidas de seguridad establecidas en los protocolos, como la protección individual, la reducción del tiempo de exposición, la exposición al mínimo número de personas durante la realización, etc.

6 Bibliografía

1. Gil Ramos, J.A., Andrades Romero, H., Torres Moreno, J., Caballero Oliver, A., Bueno Mariscal, C., Rico Corral, M.A., Gómez Martínez, D., Rodríguez Palo, R., González Mesa, F.J., Martínez Torres, F.J., Ramos Caro, S., Gil Martínez, E. (2021). Técnico Superior de Radiodiagnóstico del Servicio de Salud de Castilla La-Mancha. Editorial Mad.
2. Martorán Rodríguez, M.M.(2021). La labor del técnico de rayos en el servicio de urgencias. Revista médica,4(2).<https://revistamedica.com/labor-tecnico-rayos-servicio-urgencias/>

Capítulo 343

FUNCIONES DEL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO EN RADIOLOGÍA PORTÁTIL

INMACULADA DURAN AMOROS

JESÚS MARTÍN ROLDÁN

VANESSA QUIROGA MINAYA

NEREA CIDFUENTES JIMÉNEZ

ANA MARIN PUERTA

1 Introducción

La radiología portátil es necesaria cuando se precisa obtener una imagen a un paciente, el cual, por su estado de salud, no puede ser trasladado hasta el servicio de rayos para no alterar de forma importante su tratamiento o los cuidados. Estas exploraciones, por tanto, deberán ser realizadas donde se encuentre el paciente, debiendo desplazarse el técnico de radiodiagnóstico a los diferentes servicios que lo soliciten, como puede ser urgencias, UCI, planta, quirófano, REA...

Para la realización de estas exploraciones son utilizados equipos de RX portátiles, estos están diseñados para poder ser desplazados de forma sencilla a cualquier lugar, dotados de ruedas de apoyo con un equipo eléctrico impulsado con un motor. Su pequeño tamaño permitirá también que pueda acceder a través de puertas y en salas pequeñas. El generador de RX se encuentra en un brazo extensible con

una columna plegable para realizar los desplazamientos. En este caso el receptor normalmente es un chasis que el técnico de radiodiagnóstico junto con la ayuda de un celador colocará directamente detrás del paciente, existen también camas con una bandeja para colocar el chasis sobre esta.

Los avances tecnológicos han mejorado estos equipos de radiodiagnóstico que cuentan con un monitor digital donde aparecerá la imagen inmediatamente después de efectuar el disparo.

2 Objetivos

- Conocer las características del equipo de Rx portátil.
- Explicar la función del técnico de radiodiagnóstico en la radiología portátil.
- Comprender las medidas de protección fuera del servicio de radiodiagnóstico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha 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

El uso de la radiografía portátil mediante aparatos portátiles de Rx se realiza en determinadas situaciones y fundamentalmente en áreas como UCI, quirófanos, urgencias, planta o zonas de aislamiento.

Un aparato de Rx portátil es utilizado para la obtención de diagnósticos rápidos para determinar decisiones terapéuticas inmediatas e importantes en pacientes que por su estado de salud no es posible su traslado hasta el servicio de radiología. Para ello se debe desplazar el equipo hasta el servicio donde se encuentre el paciente, para lograr estos desplazamientos de forma sencilla el equipo está compuesto por:

- Generador
- Tubo de Rx
- Brazo articulado y columna plegable que une el tubo de Rx con el resto del equipo y permite su recogida durante los desplazamientos.

- Colimador
- Consola de mando, donde se podrán ajustar los parámetros de exposición.
- Disparador, con un cable extensible para poder aumentar la distancia del técnico al equipo.
- Receptor. Son chasis digitales o convencionales.
- Sistema eléctrico de transporte y ruedas de apoyo.

Se pueden solicitar diferentes radiografías portátiles, un ejemplo es la radiografía portátil de tórax indicada para la evaluación de elementos invasivos, derrame pleural, neumotórax o si existe sospecha de neumonía y para controles como cuando existe un edema pulmonar. Esta se realiza normalmente en proyección anteroposterior colocando el chasis directamente debajo de la espalda del paciente o en ocasiones existen camas dotadas de una bandeja para colocar el chasis.

Como en toda exploración radiológica se deben mantener las medidas de protección radiológica según los criterios ALARA, al realizarse fuera del servicio de radiodiagnóstico las medidas son diferentes:

- En cuanto a protección radiológica del técnico de radiodiagnóstico, se deben tomar las siguientes medidas:
- Protección personal, se deben usar prendas de protección como delantal y collarín tiroideo.
- Distancia, cuanto mayor distancia exista entre la fuente de radiación y el técnico de radiodiagnóstico menor será la exposición.
- Tiempo, reduciendo el tiempo de la exploración, disminuye la dosis.

Al no existir barreras de protección por estar fuera del servicio de Rx se debe evitar la presencia de cualquier otra persona que no sea el técnico y el paciente cerca de donde se realiza la proyección.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones del técnico de radiodiagnóstico en la radiología portátil son fundamentales para la determinación terapéutica de aquellos pacientes que no podrán ser desplazados al servicio de radiodiagnóstico.

El técnico de radiodiagnóstico es quien se desplaza junto al equipo portátil de Rx al servicio donde se solicite realizar una radiografía portátil, para llevar a cabo la exploración:

- El técnico especialista de radiodiagnóstico siempre debe proveerse del equipo de protección radiológica personal, delantal y protector tiroideo.

- Antes de realizar el disparo debe de comprobar y asegurarse que no haya nadie cerca de la zona de exposición, si es necesario explicar la importancia de no permanecer cerca de esta zona.
- Junto con la ayuda de un celador u otra persona que forme parte del equipo sanitario del servicio donde se encuentra el paciente se deberá colocar el chasis. Se debe de valorar el estado del paciente para decidir cómo se realizará la exploración.
- Deberá de extender el brazo donde se encuentra el tubo de Rx y colocar la fuente en dirección junto con la ayuda del colimador para realizar la exploración solicitada.
- Ajustará los parámetros en el panel de control según la exploración que se vaya a realizar.
- El técnico de radiodiagnóstico utilizará el disparador unido al equipo por un cable extensible para disparar a la mayor distancia posible.
- Una vez efectuado el disparo deberá de retirar el chasis y llevarse con él todo el equipo portátil de Rx a su servicio habitual.

6 Bibliografía

1. Gil Ramos, J.A., Andrades Romero, H., Torres Moreno, J., Caballero Oliver, A., Bueno Mariscal, C., Rico Corral, M.A., Gómez Martínez, D., Rodríguez Palo, R., González Mesa, F.J., Martínez Torres, F.J., Ramos Caro, S., Gil Martínez, E. (2021). Técnico Superior de Radiodiagnóstico del Servicio de Salud de Castilla La-Mancha. Editorial Mad.
2. Viscarret Recalde, J (2002). Radiología con equipo portátil. Revista médica,5,(4) <https://revistamedica.com/radiologia-con-equipo-portatil/>

Capítulo 344

FUNCIONES DEL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN QUIRÓFANO

INMACULADA DURAN AMOROS

JESÚS MARTÍN ROLDÁN

VANESSA QUIROGA MINAYA

ANA MARIN PUERTA

NEREA CIDFUENTES JIMÉNEZ

1 Introducción

El quirófano es una sala acondicionada para la realización de prácticas quirúrgicas en pacientes y en ocasiones pueden ser utilizadas para actividades relacionadas como el suministro de anestesia o la acción de reanimación. El acceso a estas está limitado al personal especializado, estos siempre dispuestos de gorros, batas, guantes, calzas... debiendo mantener el área quirúrgica siempre esterilizada, para ello se deben cumplir una serie de condiciones especiales:

- La temperatura. Recomendable de unos 21°, entre 20 y 23°.
- La humedad. En torno al 50%.
- La limpieza. Debe realizarse varias veces al día, antes y después de llevar a cabo una intervención, logrando una desinfección completa. El material quirúrgico utilizado debes estar debidamente esterilizado.

- La ventilación. El aire que entra al quirófano debe ser aire filtrado, limpio, fresco y seco, por ello debe ser renovado frecuentemente, varias veces cada hora.
- La iluminación. Se debe mantener una iluminación que permita a los cirujanos una perfecta visión de la zona donde se realiza la intervención, pero a su vez que no produzca cansancio ocular.
- Debe ser una sala cerrada y acondicionada con una serie de materiales básicos y comunes:
 - Lámpara quirúrgica.
 - Mesa quirúrgica.
 - Aparatos de control de constantes vitales.
 - Mesa de mayo.
 - Carro de Anestesia.
 - Aparato para la aspiración de líquidos.
 - Bisturí eléctrico.
 - Cubos de basura.
 - Etc.

Dependiendo del tipo de intervención se encontrarán diferentes aparatos específicos para llevarla a cabo. Un ejemplo son los equipos portátiles de RX, como el arco quirúrgico utilizado en las intervenciones de traumatología.

2 Objetivos

- Explicar las funciones específicas del técnico de radiodiagnóstico en el área quirófano.
- Conocer el arco quirúrgico y su uso.
- Comprender las medidas de Radioprotección durante la realización de una práctica quirúrgica.
- Entender la importancia del área estéril para mantener 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 también se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La presencia del TSID en la sala de quirófano será necesaria para intervenciones en las que se necesita como guía la obtención de imágenes mediante disparos o seguimientos en tiempo real. Para llevar a cabo estas funciones es necesario contar con un aparato portátil de Rx denominado arco quirúrgico:

El arco quirúrgico o arco de quirófano es un equipo móvil de Rx que permite la obtención de imágenes del paciente que se encuentra en quirófano, este tiene forma de C para permitir la entrada en la mesa quirúrgica de la fuente de Rx en la parte inferior y el detector de imagen en la superior. Su estructura permite aportar numerosas ventajas, las partes del equipo son:

- Tubo de Rx.
- Detector de imágenes plano.
- Generador.
- Carro de monitores
- Panel de control.
- Registro de imágenes.

Este nos permite realizar proyecciones en AP, laterales, axiales gracias a su estructura que permite múltiples movimientos de angulación, de rotación, de altura. También cuenta con un láser localizador para poder centrar el tubo de Rx.

Mediante el uso del arco el técnico de radiodiagnóstico obtendrá las imágenes que el cirujano vaya indicando que necesita, este podrá solicitar diferentes proyecciones del área donde está realizando la intervención. Las imágenes quedarán registradas en el equipo para posteriormente ser enviadas al sistema PACS.

La zona de exploración será siempre el área estéril del paciente, por lo que el técnico de radiodiagnóstico tiene que mantenerla cuando utilice el arco, tanto el tubo de Rx como el detector deberán cubrirse con materiales estériles y estos no pueden entrar en contacto con ninguna estructura no estéril. El técnico, a su vez al igual que todo el equipo sanitario que se encuentre en la sala de quirófano, debe de ir completamente dotado de calzas, gorro quirúrgico, mascarilla, guantes y bata.

Como medidas de protección radiológicas, el técnico de radiodiagnóstico y todo el equipo deberán usar equipos de protección radiológica, delantal plomado y protector tiroideo. En el caso del cirujano es conveniente utilizar guantes estériles plomados. Se debe reducir al máximo el tiempo de exposición y el número de personas durante la realización.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones del técnico de radiodiagnóstico en quirófano son muy importantes para que el cirujano pueda llevar a cabo su intervención de forma satisfactoria. Este deberá siempre seguir las órdenes del cirujano y conocer bien el uso del arco quirúrgico.

Es importante que el técnico de radiodiagnóstico conozca bien los protocolos del servicio de quirófano para que se pueda llevar a cabo una buena práctica quirúrgica manteniendo en todo momento la asepsia y deje trabajar correctamente al resto del equipo sanitario.

En cuanto a la protección radiológica, no deben de olvidarse de tomar las medidas de seguridad establecidas en los protocolos, como la protección individual del personal sanitario, la reducción del tiempo de exposición, la exposición al mínimo número de personas durante la realización, etc.

6 Bibliografía

1. Gil Ramos, J.A., Andrades Romero, H., Torres Moreno, J., Caballero Oliver, A., Bueno Mariscal, C., Rico Corral, M.A., Gómez Martínez, D., Rodríguez Palo, R., González Mesa, F.J., Martínez Torres, F.J., Ramos Caro, S., Gil Martínez, E. (2021). Técnico Superior de Radiodiagnóstico del Servicio de Salud de Castilla La-Mancha. Editorial Mad.
2. Rodríguez Aguilar, A (2021). El rol del técnico Rx en quirófano. Revista médica, 4, (11). <https://revistamedica.com/tecnico-rx-quiropano/>

Capítulo 345

EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA CEREBRAL FUNCIONAL

ALVARO CAÑADA SANCHEZ

ANDREA SANZ QUERENCIAS

JULIA GARRIDO RAMOS

ANA CARLOS ÁLVAREZ

JACOBO DIAZ ALONSO

1 Introducción

La Resonancia Magnética es un estudio de imagen que utiliza imanes y ondas de radio potentes para crear imágenes del cuerpo. No emplea radiación ionizante (rayos X). Las imágenes por resonancia magnética solas se denominan cortes. Se pueden almacenar en un ordenador o imprimir en una película (actualmente prácticamente en desuso). La Resonancia Magnética Funcional se refiere al estudio de imagen en el cual se evalúa la actividad cerebral mediante la obtención de mapas de la misma

Las técnicas de Resonancia Magnética Funcional representan actualmente el método más sensible para identificar, investigar y monitorizar los tumores cere-

brales, los infartos, enfermedades neurodegenerativas y de determinadas enfermedades crónicas cerebrales como la esclerosis múltiple.

Este método presenta un gran potencial en la evaluación prequirúrgica de las funciones cognitivas básicas, motoras, lingüísticas y amnésicas. Sus resultados se basan en el denominado efecto BOLD (Blood Oxygenation Level Dependency) Esto se basa en el flujo sanguíneo cerebral, el metabolismo neuronal y las propiedades magnéticas de la hemoglobina, lo que permite obtener una señal al someter al cerebro a un campo magnético de una determinada intensidad.

La metodología de la RM, está basada en la substracción entre las señales emitidas en la RM obtenida en condiciones basales y las obtenidas durante la actividad neuronal. Para estudios funcionales se requiere de un equipo de al menos 1,5 Tesla, aun así hay registro de estudios válidos en RM de 1.

2 Objetivos

- Explicar la importancia del papel que tiene el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico en la realización, desarrollo y acompañamiento al paciente en este tipo de técnica diagnóstica.
- Desarrollar el proceso y valor diagnóstico de la Resonancia Magnética Cerebral Funcional en las enfermedades neurodegenerativas.
- Interpretar el impacto que tienen los resultados obtenidos en dichos estudios con respecto al beneficio obtenido por los 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 se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, Google Scholar, etc. seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La realización de una resonancia magnética cerebral funcional requiere una formación específica en el ámbito del radiodiagnóstico y de una coordinación y comunicación fluida entre el facultativo, en este caso radiólogo, y el técnico.

Esta prueba se realiza de distintas formas en función de la actividad cerebral que queramos valorar o la zona del cerebro a estudiar.

-Resonancia magnética funcional de reposo:

En este caso, el objetivo principal de la prueba es que el paciente durante la misma no reciba ningún tipo de estímulo sensorial de ningún tipo, por lo cual la preparación del mismo es fundamental.

El paciente deberá tener tapados los ojos, los oídos y asegurarnos de que en la sala no haya ningún tipo de olor fuerte que pueda alterar la zona del cerebro que recibe este estímulo (vulvo olfatorio).

En este tipo de estudios se ha mostrado que en condiciones libres de actividad motora o cognitiva ocurre actividad neuronal espontánea en grupos de regiones corticales y subcorticales con diferentes ubicaciones, pero relacionadas fundamentalmente. En este fenómeno estarían involucradas áreas visuales, motoras y de control cognitivo.

La evidencia anterior muestra como potencial herramienta no solo el estudio de la actividad en reposo de regiones de la corteza cerebral, sino también su correlación con las variaciones de la actividad de otras áreas en cuestión.

-Resonancia Magnética funcional asociada a pruebas cognitivas o motoras:

En ese tipo de prueba lo que vamos a estudiar es la distinta actividad cerebral derivada de actividades sencillas como puedan ser: mover los dedos, recitar series numéricas en orden ascendente y descendente, escuchar distintos sonidos, desde agudos a graves, oler un objeto e identificar olores... Todas estas técnicas se realizan mientras adquirimos las distintas secuencias que luego nos darán los datos obtenidos. La coordinación entre los técnicos y el facultativo es fundamental, ya que si esta no existe la prueba puede carecer de valor diagnóstico o que los datos no sean concluyentes.

La aplicación de este tipo de estudio es la identificación prequirúrgica de focos epileptogénicos, cuyo aumento anómalo en la actividad neuronal puede ser identificado con esta técnica, o la identificación de áreas elocuentes vecinas o afectadas por lesiones tumorales, cuya afectación podría comprometer la producción y la comprensión del lenguaje u otras funciones clínicamente relevantes.

5 Discusión-Conclusión

Los avances tecnológicos en esta técnica han permitido dar mejor calidad de vida y tener un mejor pronóstico tanto en esperanza de vida como en calidad de la misma, debido a que de esta manera podemos optimizar tanto tratamientos como distintas terapias adyuvantes.

La combinación de técnicas diagnósticas amplía el espectro de datos obtenidos, y en este aspecto es fundamental el papel del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico, ya que el buen desempeño de su trabajo para este estudio es de vital importancia, de lo contrario los datos obtenidos podrían no ser válidos o no ser suficientes para obtener un diagnóstico.

6 Bibliografía

1. García-Casares N, Fernández-Cornax A. Aplicaciones de la resonancia magnética funcional en estado de reposo en la cirugía de la epilepsia del lóbulo temporal. *Rev Neurol* [Internet]. 2020;70(7):257–63. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33588/rn.7007.2019201>
2. Bartés Serrallonga M, Adan Puig A, Solé Casals J, Caldú Ferrús X, Falcón Falcón C, Pérez Pàmies M, et al. Bases cerebrales de la atención sostenida y la memoria de trabajo: un estudio de resonancia magnética funcional basado en el Continuous Performance Test. *Rev Neurol* [Internet]. 2014;58(07):289. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33588/rn.5807.2013348>
3. Usichenko T. Efectos cerebrales de la acupuntura estudiados mediante la técnica MRI de resonancia magnética funcional. *Rev Int Acupunt* [Internet]. 2014;8(4):152. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1887-8369\(14\)70134-6](http://dx.doi.org/10.1016/s1887-8369(14)70134-6)

Capítulo 346

TÉCNICAS DE VISUALIZACIÓN MICROSCÓPICA DE BACTERIAS EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA. EXAMEN EN FRESCO. TINCIONES: CLASIFICACIÓN Y APLICACIONES

ADOLFO TRIJUEQUE GARCIA

M ISABEL MORENA ESPADA

ANA ISABEL ANDINO HERRERA

SANDRA FERNÁNDEZ SERRANO

JORGE MENA GONZALEZ

1 Introducción

La microscopía es el conjunto de técnicas y métodos destinados a hacer visibles los objetos de estudio que por su tamaño están fuera del rango de resolución del ojo humano (0,2 mm). El instrumento que amplifica una imagen y permite la observación de mayores detalles de objetos o microorganismos no visibles a simple vista es el microscopio.

La principal dificultad a la hora de estudiar las bacterias con el microscopio óptico es la falta de contraste entre la célula y el medio que la rodea. El método

más simple para aumentar el contraste es la utilización de colorantes. Estos se emplean para diferenciar distintos tipos de células o para revelar la presencia de determinados constituyentes celulares: flagelos, esporas, cápsula, paredes celulares, etc, así como la movilidad y formas adultas, huevos y quistes de algunos parásitos, que es clave para la identificación del mismo.

El microscopio óptico alcanza un poder de resolución de 0,2 μm , que nos permite observar todos los microorganismos, exceptuando los virus que precisan de microscopia electrónica (0,2 nm poder de resolución).

La tinción de microorganismos y observación al microscopio, es una prueba que por sí sola raramente permite la identificación precisa del mismo (nivel especie), pero sí puede orientar para el uso de posteriores medios de cultivo o de pruebas bioquímicas, que permitirán completar la identificación ulterior del microorganismo del estudio.

En este capítulo solo se describen las técnicas de tinción más usadas en el laboratorio de microbiología para microscopia óptica.

2 Objetivos

- Describir los diferentes procedimientos utilizados para la visualización de bacterias en el laboratorio de microbiología.
- Recopilar los distintos tipos de tinciones empleados en la visualización de bacterias al microscopio, así como los pasos a seguir en las mismas.

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. Visualización microscópica de microorganismos

El instrumento imprescindible es el microscopio óptico (microscopio de luz o fotónico), utiliza la luz para hacer visibles el objeto de estudio, y la amplificación se produce por un sistema de lentes convergentes que refractan dicha luz.

Modificando la manera como incide la luz sobre el espécimen, empleando condensadores y filtros, distinguimos entre otros: microscopio de campo claro, microscopio de campo oscuro, microscopio de contraste de fases, y de interferencia diferencial.

Y modificando la fuente de emisión de luz, donde se cambia la luz blanca por luz ultravioleta o rayos láser, diferenciamos entre microscopio de luz UV, microscopio de fluorescencia y microscopio confocal.

También se necesita material como: portaobjetos, portaobjetos excavados, cubreobjetos, asa de siembra y mechero Bunsen.

4.2. Observación de microorganismos vivos

Para la investigación de algunas características biológicas de los microorganismos, como la movilidad, es necesario observar a los microorganismos “in vivo”. Para ello se ha de partir de cultivos jóvenes, ya que los cultivos viejos pierden movilidad y pueden estar en regresión o lisados.

Este examen puede hacerse de dos maneras: en fresco o utilizando colorantes vitales, que no maten a la célula.

4.2.1. Examen en fresco

No se utiliza ningún tipo de colorante ni fijación. La muestra se extiende directamente sobre la superficie del portaobjetos para su observación.

Los microorganismos vivos en suspensión acuosa tienen propiedades ópticas similares a las del agua, por lo tanto, son difíciles de observar debido a la falta de contraste. Se logra aumentar el contraste en el microscopio de campo claro con iluminación mínima, bajando el condensador.

Hay tres métodos fundamentales de examen en fresco: preparaciones húmedas, método de gota pendiente y examen en fresco con nigrosina. a) Preparaciones húmedas: se realiza una preparación entre porta y cubreobjetos. La muestra si está en estado líquido, se deposita sobre el porta, se cubre con el cubreobjetos sin que se formen burbujas. Y se observa al microscopio con poca luz, en el objetivo de inmersión (40X), o se puede observar en el microscopio de contraste de fase. Si se toma de un medio sólido, se deposita en el porta una gota de agua destilada estéril o suero fisiológico, y se emulsiona el material a examinar. El inconveniente es que se seca muy rápidamente y no se observa bien la movilidad. Para prevenir el secado, se puede sellar poniendo en los bordes del cubreobjetos Vaspar, petrolato o esmalte de uñas incoloro. b) Método de gota pendiente: se usa un portaobjetos excavado (tiene una zona cóncava en el centro del porta). La

técnica a seguir es: se deposita en el centro del cubre perfectamente limpio y desengrasado una gota de la suspensión de microorganismos con un asa previamente esterilizada. A continuación, se invierte el porta excavado untado con vaselina alrededor del pocillo, colocándolo de forma que la gota quede centrada en la depresión. La vaselina adhiere y crea una cámara de aire que evita la evaporación de la gota. Por último, se da la vuelta a la preparación y se observa al microscopio.

Este tipo de tinción se emplea par detectar parásitos intestinales como *Giardia lamblia* y *Entamoeba*, quistes de parásitos, *Trichomonas* spp., *Plasmodium* spp y hifas de hongos como *Candida*. c) Examen en fresco con nigrosina: se observan las bacterias incoloras sobre fondo negro. Se utiliza para observar estructuras como cápsulas y flagelos. La técnica consiste en depositar dos gotas de nigrosina en el porta y emulsionar la muestra tomada con el asa de siembra previamente esterilizada. Se seca al aire y se observa con el objetivo de inmersión (40x).

4.2.2. Colorantes vitales

Es un proceso intermedio entre el examen en fresco y las técnicas de coloración de fijación.

Su objetivo es facilitar mediante el colorante la observación de la morfología y estructura bacteriana, pero sin provocar alteraciones celulares que destruyan la bacteria.

En general no tiñen, sino que se acumulan en ciertas partes del microorganismo. Se deben emplear colorantes atóxicos a diluciones muy altas (1/1000, 1/10000), los colorantes más utilizados son el azul de metileno y el rojo neutro.

La técnica consiste en depositar una gota del colorante diluido en el porta, y después añadir una gota del medio de cultivo líquido o emulsionar la muestra sólida. Poner el cubre y observar al microscopio con el objetivo de inmersión.

4.3. Preparaciones fijadas y teñidas

Este tipo de preparaciones son las más frecuentes.

La tinción es una práctica frecuente e importante en el laboratorio de microbiología, que permite aumentar el contraste de las células con el medio que las rodea, revelar la presencia de estructuras internas y diferenciar grupos bacterianos por su reacción frente a determinados colorantes.

4.3.1. Técnica general de tinción

La mayoría de los métodos de tinción constan de las siguientes etapas:

1. Extensión: consiste en obtener una película lo más homogénea posible de la muestra sobre un portaobjetos.
2. Desecación: tiene como finalidad eliminar el agua de la extensión para proceder a la fijación.

3. Fijación: mueren los microorganismos por coagulación de las proteínas, quedando la extensión adherida al porta para que resista los pasos siguientes. Tiene por objeto mantener la composición físico-química del microorganismo, de forma que conserve definitivamente una estructura lo más parecida a la inicial.

La fijación se puede realizar: por calor pasando varias veces el porta por la llama del mechero, por inmersión en una solución fijadora, o exposición a vapores de un compuesto fijador (alcoholes).

4. Tinción: el microorganismo capta el colorante.

5. Lavado: para la eliminación del exceso de colorante con agua destilada con cuidado de no dar directamente a la extensión.

6. Secado: con el que se mejora la visualización al microscopio.

7. Observación al microscopio: se debe de observar al microscopio correspondiente, microscopio óptico al objetivo de inmersión (40X, se utiliza aceite de inmersión) o microscopio de fluorescencia.

4.3.2. Factores que influyen en la tinción

Se deben controlar una serie de factores que influyen en la tinción, ya que pueden llevar a notables errores y en la interpretación de los mismos.

Los principales factores son: la pureza de los colorantes y reactivos, la concentración del colorante (0,2-2%), el pH de la solución del colorante, la temperatura (temperatura superior a la ambiental disminuye el tiempo de tinción), sustancias adicionales (mordientes, soluciones ácidas-básicas, decolorantes, etc.) y el tiempo de tinción que varía en función de la técnica, el colorante, la especie a teñir (1-10min).

4.4. Clasificación de técnicas de tinción

4.4.1. Tinción simple

Se basa en la afinidad del colorante por los componentes celulares. Puede ser uniforme o presentar algunos gránulos en su interior.

Utiliza un solo colorante, pueden ser: azul de metileno, fucsina fenicada o violeta de genciana.

La técnica es la descrita en el apartado 4.4.

4.4.2. Tinciones diferenciales

4.4.2.1. Tinción de Gram

Es la más empleada en bacteriología, ideada por el danés Christian Gram a finales del siglo XIX.

Divide a los microorganismos en dos grandes grupos Gram positivos (Gram +) y Gram negativos (Gram -) en función de su reacción frente a la coloración.

Los Gram + son aquellos que resisten a la acción del decolorante alcohol- acetona,

por la deshidratación causada por el alcohol en la gran cantidad de peptidoglicano que forma su pared celular. Sin embargo, las bacterias Gram – son decoloradas, siendo posteriormente teñida con un colorante de contraste (fucsina o safranina diluida).

Es conveniente realizar la tinción de un cultivo joven, ya que algunos microorganismos son Gram+ solo durante la fase de crecimiento.

El procedimiento a seguir es el descrito anteriormente, y en el paso de tinción: se vierte cristal violeta cubriendo la muestra durante 1 minuto y se lava. A continuación, se cubre durante 1 min con Lugol, y se lava. Seguidamente se decolora con alcohol, acetona, o mezcla de ambos en proporción 1:1, hasta que arrastre el colorante sin pasarse (aproximadamente 15 segundos) y lavar. Después de cubrir con safranina o fucsina durante 1 minuto y lavar. Por último, dejar secar a temperatura ambiente y observar al microscopio con el objetivo de inmersión.

Las bacterias Gram + se verán de color violeta azulado y las Gram – de color rosado. Debe determinarse la forma, disposición y tamaño.

4.4.2.2. Tinción Ácido- Alcohol Resistentes (AAR) o de Ziehl Nielsen

Se utiliza para diferenciar bacterias AAR, conocidas como bacilos AAR (BAAR), aquellas que resisten a la decoloración, después de ser teñidas por colorantes básicos, por la gran cantidad de lípidos que contienen en la pared (ácidos micólicos y arabinogalactanos).

Con este tipo de tinción se identifican bacterias de los géneros *Mycobacterium* y *Nocardia*. Y también parásitos coccidios del género *Cryptosporidium*.

El procedimiento es el descrito hasta el paso de tinción donde: se utiliza como colorante básica fucsina fenicada (rojo), se cubre la preparación y se calienta para favorecer que penetre dentro del microorganismo, durante 5 minutos, con calor suave hasta que emita vapores sin que llegue a hervir, se enfriar y se lava. A continuación, decolorar alcohol-clorhídrico (etanol-HCl) hasta que no salga más colorante, y lavar. Después se cubre la muestra con colorante de contraste (azul de metileno), durante 1 minuto y lavar. Por último, dejar secar a temperatura ambiente y observar al microscopio con el objetivo de inmersión.

Las BAAR se observarán de color rojo, y las que no se observarán de color azul

4.4.2.3. Tinción de Kinyoun

Es una variante de la tinción AAR, que permite una coloración más rápida y evita la necesidad del calentamiento, se realiza en frío.

Aumenta la proporción de fenol y fucsina en la fórmula del colorante con respecto a la fucsina utilizada en la tinción Ziehl Nielsen.

El procedimiento a seguir desde el paso de tinción es: se cubre la preparación con el colorante de Kinyon durante 3 minutos y se lava. Seguidamente se decol-

ora con alcohol ácido sulfúrico durante 1 min, y lavar. Por último, dejar secar a temperatura ambiente y observar al microscopio con el objetivo de inmersión. Se observan BAAR de color rojo.

4.5. Tinciones especiales

4.5.1. Tinciones fluorescentes.

Esta tinción está basada en la utilización de un colorante fluorescente (fluorocromo o fluoróforo), es aquel que al incidir sobre él la luz UV se excita y al regresar a su estado normal libera el exceso de energía en forma de luz visible.

Su gran ventaja consiste en la observación de los microorganismos luminiscentes sobre fondo oscuro, lo que les hace fácilmente visibles, incluso con objetivos de poco aumento, y aunque se encuentren en pequeña cantidad. Para visualizar estas preparaciones el instrumento utilizado es el microscopio de fluorescencia.

Las tinciones fluorescentes más utilizadas son:

☒ Tinción auramina-rodamina: muy usada para la observación de micobacterias cuando el volumen a examinar es elevado. Se fundamenta en la afinidad que poseen los ácidos micólicos por los fluorocromos. Se observan bacteria de color amarillo o naranja brillante contra un fondo verdoso oscuro.

Una característica importante de este tipo de tinción, es que luego los frotis teñidos de esta técnica se pueden volver a teñir con las tinciones Zhiel Nielsen y Kinyoun directamente sobre el fluorocromo, eliminando previamente el aceite de inmersión.

☒ Naranja de acridina: se basa en la afinidad del fluoróforo por los ácidos micólicos, como ya se ha mencionado, presentes en gran cantidad en la pared celular de micobacterias y Norcardia. Se utiliza principalmente para el estudio de microorganismos en hemocultivos y LCR. Se distinguen las bacterias de color naranja fluorescente sobre fondo verde oscuro.

☒ Tinción fluorescente con blanco de calcoflúor: se emplea en la tinción de hongos y Pneumocyste, al tener afinidad las paredes celulares de estos por el blanco de calcoflúor. Los organismos fluorescen con luz blanco-azulada o verde manzana, según la fuente luminosa.

4.6. Tinciones estructurales.

4.6.1. Tinción de esporas:

Las esporas son una forma de resistencia de las bacterias. Formada por varias capas: pared celular, córtex (compuesto por peptidoglucano modificado), cubierta o cutícula (intina y exina, proteínas hidrófobas), y exosporio (la capa más externa, delgada de naturaleza lipídica). Todo este conjunto de capas genera que las esporas sean muy impermeables, por lo que, al teñirlas con los métodos de tinción

corrientes, aparecen como cuerpos incoloros y refringentes. Para poder teñirlas se fuerza la coloración con calor.

Se necesitan cultivos de al menos 48 horas para que el microorganismo haya tenido tiempo suficiente de formar la espora.

Los métodos utilizados son:

Método Writz-Conklin/método Schaffner Fulton: el procedimiento es el ya mencionado hasta la tinción, donde se cubre la preparación con verde malaquita al 5% en solución acuosa, se calienta hasta la emisión de vapores sin que llegue a hervir durante 5 minutos. Se deja enfriar y lavar. A continuación, se cubre con safranina durante 1 minuto y lavar. Por último, dejar secar a temperatura ambiente y observar al microscopio con el objetivo de inmersión. Las esporas quedan coloreadas de verde y las formas vegetativas de rojo safranina.

4.6.2. Tinción de corpúsculos metacromáticos

Los corpúsculos metacromáticos son gránulos de reserva de fosfato que al teñirlos dan el color complementario al colorante utilizado. Los posee el género *Corynebacterium*

Se usan los métodos: a) Método Albert: utiliza colorante Albert (solución de azul de toluidina) durante 5 minutos, lavar y cubrir con Lugol 5 min. Los corpúsculos adquieren color azul rojizo y la célula se observa de color verde b) Método Loeffler: utiliza colorante azul de metileno Loeffler durante 3- 5 minutos. Los corpúsculos se tiñen de un color más intenso que el resto de la célula.

4.6.3. Tinción de flagelos

La tinción de los flagelos es muy difícil, debido a que se retraen con mucha facilidad y se adhieren a la pared celular. Se deben utilizar cultivos jóvenes (12-18 semanas)

En la preparación de la extensión deben usarse portas nuevos tratados con mezcla sulfo-crómica, perfectamente aclarados con agua destilada y secados a estufa.

Se prepara una suspensión de microorganismos en agua destilada, hasta conseguir aspecto lechoso, si se sospecha de agente patógeno hacer la suspensión en agua formulada al 10%.

Se coloca el porta ligeramente inclinado, y en un extremo se depositan unas gotas de la suspensión, que se extenderán formando una película. Se deja secar y no fijar.

Los métodos utilizados son: el método de tinción de Rhodes, método de Tribandeu y método Leifson.

4.6.4. Tinción de cápsula

La cápsula es una capa mucosa de naturaleza polisacárido más o menos gruesa que envuelve la pared celular de algunas bacterias, y que se altera por calor, por

lo que NO SE FIJA al hacer el frotis.

Al tener un elevado contenido de agua se tiñe débilmente por los colorantes. Por ello, algunas técnicas colorean el fondo de la preparación destacando sobre él las cápsulas sin teñir, tinción conocida como tinción negativa.

El procedimiento a seguir es: se realiza la extensión, pero no se fija, se cubre con fucsina diluida o safranina durante 2 minutos, y se lava. Después se añade una gota de nigrosina 1% en el extremo del porta y se extiende. Se deja secar a temperatura ambiente. Y, por último, ya se puede observar al microscopio con el objetivo de inmersión.

De modo que se observa el fondo negro, la bacteria capsulada roja y un halo blanco que las envuelve.

5 Discusión-Conclusión

La importancia de los colorantes que proporcionan el contraste adecuado para poder observar a través del microscopio los microorganismos, y revelar la presencia de constituyentes celulares como flagelos, cápsulas, esporas, etc.

Todas las técnicas de tinción siguen un protocolo normalizado de trabajo que se debe respetar con rigurosidad, para no generar errores que dificulten el diagnóstico.

Aunque las técnicas de observación microscópica no son suficientes para establecer una identificación microbiana concisa, es una herramienta de gran utilidad que indica y guía los siguientes pasos en el proceso de identificación y aislamiento del microorganismo.

Es imprescindible que los profesionales técnicos adquieran los conocimientos y las habilidades prácticas de las técnicas de tinción expuestas en el presente capítulo con el fin de poder interpretar los resultados, así como de poder desempeñar una adecuada labor en el ámbito laboral.

6 Bibliografía

1. Tortora GJ, Funke BR, Case CL. Introducción a la microbiología. 9ªed. Argentina: Médica Panamericana;2007.
2. Silva García M^aC, García Bermejo M^aJ, Cantos Solaz M^aDesamparados. Técnico/a Superior de Laboratorio del Servicio de Salud de Castilla La Mancha

(SESCAM).vol 2. España: Editorial Mad y Eduforma; 2020.

Capítulo 347

MEDIOS DE CULTIVOS. TIPOS, CLASIFICACIÓN, ENUMERACIÓN Y UTILIZACIÓN DE LOS MISMOS. TÉCNICAS DE INOCULACIÓN, INCUBACIÓN Y RECuento DE UNA MUESTRA BIOLÓGICA EN UN MEDIO DE CULTIVO

ADOLFO TRIJUEQUE GARCIA

M ISABEL MORENA ESPADA

ANA ISABEL ANDINO HERRERA

SANDRA FERNÁNDEZ SERRANO

JORGE MENA GONZALEZ

1 Introducción

Como requisito previo, para estudiar adecuadamente los microorganismos es necesario poder hacerlos crecer en condiciones de laboratorio, para ello se emplean los medios de cultivo artificiales, que pondrán de manifiesto la presencia de

bacterias, levaduras y hongos. También hay medios de cultivo para el crecimiento de parásitos, pero son menos frecuentes.

Dichos medios de cultivo presentan en su composición una serie de componentes y nutrientes necesarios para el crecimiento del microorganismo, siendo además necesarias unas condiciones ambientales (temperatura, pH, tipo de atmosfera, etc). Sin olvidar las medidas que hay que tomar para evitar la contaminación de los medios en los procesos de elaboración del medio, de inoculación e incubación, y las medidas de esterilización una vez hayan sido analizados.

De acuerdo con esto, existen numerosos medios de cultivos distintos, lo que proporciona una gran información sobre cada tipo de microorganismo de estudio, ya que los microorganismos podrán crecer en unos medios de cultivo y no en otros.

En el presente capítulo nos centraremos en los medios de cultivo empleados en la identificación y aislamiento de bacterias. Hay que tener en cuenta que hay bacterias que no crecen en medios de cultivo, solo son capaces de crecer en medios de cultivo celulares, estos son patógenos intracelulares obligados (*Chlamydia*, *Rickettsias*), y por ejemplo *Treponema pallidum* no puede ser cultivada.

2 Objetivos

- Clasificar los distintos medios de cultivo utilizados en el laboratorio de microbiología según su estado físico, composición y utilidad.
- Recopilar las técnicas de inoculación y siembra para el aislamiento, identificación y recuento de las bacterias en los citados medios de cultivo.

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. Clasificación de medios de cultivo

4.1.1. Según su estado físico

- Sólidos: llevan un agente solidificante o gelificante que normalmente es agar en una producción de 15-17g/dL, o también gelatina o albumina. En ellos los microorganismos crecen con mayor dificultad ya que los nutrientes se agotan con rapidez en el punto donde ocurre el crecimiento. Pero son de gran utilidad para el estudio de colonias, características de crecimiento, producción de hemólisis y otras peculiaridades. Se pueden preparar en tubo o en placa Petri.
- Líquidos o caldos: favorecen mucho el desarrollo y multiplicación de las bacterias porque al difundirse estas por todo el medio encuentran fácilmente nutrientes. No contienen agar, los componentes van disueltos en agua y se preparan en tubos. Por ejemplo, medio TSB (Caldo Triptona de soja), tioglicolato.
- Semisólidos: tienen una baja concentración de agar, en una proporción 3-5 g/dL, preparados en tubo. Permiten ver la movilidad, se siembran en picadura, si la bacteria es móvil, se extenderá a los dos lados de la línea de la picadura. También se utiliza para estudiar algunas características bioquímicas.

4.1.2. Según su composición

- Sintéticos o definidos: contienen exclusivamente sustancias químicas definidas en proporciones determinadas.
- Complejos o indefinidos: son los primeros que se utilizaron. Se preparan a partir de tejidos animales generalmente. Su composición no es exactamente conocida, por lo que no son medios constantes. No son buenos para investigación debido a su difícil reproducibilidad, pero en la práctica son los más usados.
- Semisintéticos: se usan para cultivar microorganismos exigentes. Cuando la fabricación de un medio sintético es complicada, se aportan los factores de crecimiento en forma de extracto orgánicos complejos (extracto de levadura).

4.1.3. Según su utilidad

- Medios generales o comunes: poseen componentes mínimos para el crecimiento de bacterias que no necesitan requerimientos especiales. Por ejemplo: agar nutritivo, agar triptona de soja (TSA) o caldo triptona de soja (TSB) y agar Muller-Hinton para antibiogramas.
- Medios enriquecidos: además de las sustancias nutritivas normales, incorporan factores indispensables para el crecimiento de bacterias exigentes. Estos son sangre u otros productos biológicos, como agua de peptona alcalina para *V.cholerae*, o el cistina y cisteína para el gonococo. Algunos de estos medios son: agar sangre y agar chocolate.

- Medios selectivos: Llevan agentes enriquecidos e inhibidores que permiten el desarrollo de microorganismos de interés que pueden estar en la muestra, inhibiendo el crecimiento de los demás, que en la mayoría de los casos es flora contaminante.

Entre estos podemos citar: agar Tayer-Martin, selectivo para *Nisseria*, agar Champán selectivo para *S.aureus*, agar Sabouraud para el cultivo de levaduras y hongos, Lowenstein-Jensen para *Mycobacterium*, y agar bilis-esculina para *Enterococcus*.

- Medios diferenciales: ponen en evidencia ciertas características bioquímicas que ayudan a diferenciar géneros o especies, e incluso pueden servir para una identificación preliminar. Este compartimento diferencial se traduce normalmente en un viraje de color de una sustancia indicadores presente en el medio. Muchos son también medios selectivos. Por ejemplo, el agar McConkey, es selectivo diferencial, selectivo porque inhibe el crecimiento de los Gram + y permite el crecimiento de Gram-. Y es diferencial porque permite diferenciar entre enterobacterias fermentadoras de lactosa (origina colonias rosas) y la no fermentadora (origina colonias incoloras). Otro medio diferencial es el agar sangre, diferencia en función del tipo de hemólisis (α -hemólisis, β - hemólisis, γ -hemólisis).

También pueden ser cromogénicos, que producen distintos colores capaces de diferenciar una especie de otras, por ejemplo, los distintos tipos de *Candida*.

- Medios de identificación: evidencian alguna cualidad específica que ayudan a reconocer la identidad del microorganismo, como agar Kligler y medio de identificación de DNAsa.
- Medios de multiplicación: permite obtener gran cantidad de células de un microorganismo. Se utiliza para la obtención de vacunas, en investigación y en la industria. Por ejemplo: caldo BHI (infusión-Brain-Heart/cerebro corazón).
- Medios de conservación: que permite conserva las cepas, son una variación de los medios de transporte, que aseguran las características morfológicas y fisiológicas de las bacterias por un periodo largo de tiempo, por ejemplo, agar tripticasa y soja Pueden conservarse de tres formas: mediante pases periódicos placa-placa, mediante liofilización o por congelación en presencia de agentes estabilizante.
- Medios de transporte: se utilizan para asegurar la viabilidad de las bacterias desde el momento de la toma de muestra hasta su posterior siembra, o para su envío de unos laboratorios a otros. Son medios no nutrientes que inhiben las reacciones enzimáticas autodestructivas y evitan los efectos letales de oxidación. Los más utilizados son los Stuart-Amies y Cary Blair

4.2. Técnicas de inoculación o siembra

Es introducir o depositar artificialmente una porción de muestra (inóculo) en un

medio adecuado, con el fin de iniciar un cultivo microbiano. El procedimiento de pasar una colonia crecida previamente en una placa, a un medio de cultivo se le denomina resiembra o pase.

Una vez sembrado, se incuba a una temperatura adecuada para el crecimiento.

La siembra puede realizarse en medio líquido, sólido o semisólido utilizando un asa de siembra (calibradas o en punta), un hisopo o una pipeta estéril.

Consideraciones a tener en cuenta en el procedimiento de siembra: colocar todo el material necesario cerca del mechero Bunsen (zona estéril), si la colonia a sembrar es extraída de una placa Petri, se coloca boca abajo y con la mano no dominante por la base se destapa de cara a la llama, y con la mano dominante que se maneja el asa de siembra, si la muestra se toma de un tubo de tapón de rosca, se coge el tubo con la mano no dominante, se destapa con la mano dominante con ayuda del meñique, ya que se tiene el asa de siembra cogido con esa mano. Otras de las consideraciones es que antes de la toma de la muestra y después de flamea la boca del tubo, el asa de siembra que se utiliza en ambos casos debe de ser flameada antes y después, se deja enfriar y las muestras líquidas se deben agitar para homogeneizar.

4.2.1. Siembra en un medio de cultivo líquido a partir de un sólido

Se toma una colonia con el asa de siembra teniendo en cuenta las consideraciones mencionadas anteriormente, a continuación, se introduce en el medio líquido donde se va a inocular, y por último, se agita un poco para que se desprenda el inóculo. Se agita en aerobiosis, pero no en anaerobiosis.

4.2.2. Siembra de muestra líquida en un medio de cultivo líquido

Se puede usar un asa de siembra normal o un asa de siembra calibrada (volumen fijo).

Se toma del tubo una muestra con el asa y se inocular en el medio de cultivo líquido, se hace con el tubo inclinado para favorecer la dispersión.

Con pipeta Pasteur o graduada: se toma un volumen y se deposita en el medio líquido y se agita.

Con hisopo, hay que considerar que se coge gran cantidad de muestra.

4.2.3. Siembra en un medio semisólido

Se suele emplear hilo de siembra o asa de siembra en punta. Se toma una o más colonias, a continuación, en el medio semisólido en tubo se hunde el asa y se retira por el mismo trayecto, se denomina siembra en picadura. Permite estudiar la movilidad, se manifiesta porque hay crecimiento hacia los dos lados de la línea de siembra.

4.2.4. Siembra en tubos con medio sólido

Si el tubo tiene el agar en horizontal se siembra con el hilo de siembra igual que en el medio semisólido, por picadura.

Si el tubo tiene el agar inclinado, slant o pico de flauta, se puede hacer solo por la superficie del pico, moviendo el asa o el hilo en zig-zag desde el fondo hasta la parte superior, cuidando de no dañar el agar. Otra manera es hacerlo por picadura y luego sobre la superficie en zigzag.

4.2.5. Siembra en placa y aislamiento

Las muestras pueden ser sólidas o líquidas y se puede usar el asa de siembra calibrada o no, la pipeta o el hisopo.

En el medio sólido cada célula viable dará origen a una colonia, denominado Unidad formadora de colonia (UFC).

La siembra en placa puede usarse para el aislamiento de un microorganismo, así como para el recuento de microorganismos por unidad de volumen que hay presente en una muestra.

A continuación, se mencionan los procedimientos más comunes: siembra por agotamiento en estría, siembra en superficie por inundación y siembra homogénea y tapiz.

- Siembra por agotamiento en estría: es el método más usado para el aislamiento bacteriano, ya que permite obtener colonias lo más separadas posibles. Hay varias técnicas, solo se describe la técnica de estría múltiple por su frecuente uso, la técnica consiste en aplicar el asa cargada con la muestra cerca de una de las paredes de la placa y hacer zig-zag 3 o 4 veces de extremo a extremo, después se esteriliza el asa por flameado, seguidamente se gira la placa 40° y en uno de los extremos de la siembra anterior se empieza otro zig-zag de estrías (perpendiculares a los anteriores). Y se repite el proceso anterior hasta agotar la superficie de la placa.

- Siembra en superficie o por inundación: resultan siembras homogéneas en césped o tapiz. Se realiza para recuento o antibiograma. Consisten en añadir un volumen determinado de la muestra con una pipeta estéril sobre la superficie del medio en el centro de la placa. Para distribuir homogéneamente la muestra se utiliza un asa de Drigalsky (también puede ser el asa de siembra, hisopos) Permite visualizar fácilmente las colonias, aunque tiene el inconveniente de que pueden crecer muy juntas lo cual dificulta el recuento.

4.3. Técnicas de incubación

La incubación de los microorganismos se debe hacer en un ambiente con las características adecuadas que el microorganismo requiera para su crecimiento.

Los factores ambientales más importantes son: disponibilidad de oxígeno y CO₂, temperatura, pH, humedad del medio y de la atmosfera y presión osmótica.

Las estufas de incubación son dispositivos del laboratorio más utilizados para proporcionar las condiciones ambientales requeridas para el cultivo de microorganismos. Las condiciones en estas estufas se pueden modificar para adaptarse al tipo de microorganismo. De forma rutinaria se mantienen a temperatura de 35-37°C, atmosfera humidificada que contiene entre el 3-5% de CO₂.

Las placas se incuban invertidas, ya que la alta concentración de agua en el medio puede provocar condensación en la tapa de la placa durante la incubación y si cae sobre la superficie del agar se extiende dando un crecimiento confluyente. Los tubos se colocan en gradillas.

Destacar por ejemplo la incubación de microorganismos anaerobios, que no pueden crecer en presencia de oxígeno, se incuban en atmosferas de anaerobiosis, normalmente se emplean jarras de anaerobiosis. Esta técnica se describe con más detalle en otro tema de la presente oposición.

4.4. Recuento de microorganismos

En muchas muestras la detección de bacterias sugiere infección, pero no siempre es así, porque en muestras no estériles, como por ejemplo en orina, siempre hay bacterias, y la infección viene dada por un incremento en el número de bacterias por un cambio de las especies presentes.

Asimismo, los resultados de los tratamientos se deben valorar como satisfactorios si se ha reducido el número o si se han hecho desaparecer las bacterias.

Por la existencia de estos casos, es necesario el recuento bacteriano.

4.4.1. Métodos directos a) Recuento en placa

Permite determinar el número de microorganismos viables presentes en una muestra en base a que se desarrollen en medio de cultivo en las condiciones de trabajo utilizadas, es decir, determinar UFC.

Las condiciones óptimas de recuento se dan cuando desarrollan entre 30-300 colonias por placa, siempre que no haya una especificación diferente. Para alimentos se utilizan el rango de colonias óptimas entre 25-250 UFC por placa.

Para asegurar que el rango de UFC esta en el rango adecuado se prepara una batería de diluciones de la muestra (1/10 y el resto 1/100), estas deben homogeneizarse correctamente.

Según la carga esperada o permitida, se eligen las diluciones a sembrar. Cuando se esperan cargas altas, se siembran no menos de tres diluciones consecutivas.

Siempre se rotulan las placas identificando la muestra, dilución volumen sembrado y fecha.

Procedimiento: una vez sembradas las placas de forma homogénea o césped e incubadas, se realiza el recuento: se observan con buena luz y por la base de la placa que contiene el medio se van marcando con rotulador indeleble y contando. Se cuentan como colonias individuales aquellas que disten una distancia al menos igual al diámetro de la colonia más pequeña. Para el cálculo de microorganismos de la muestra, se multiplica por el factor de dilución en número de UFC contadas, dividido por el volumen de la muestra sembrado.

Es frecuente que se desarrollen colonias extendidas sobre la superficie, en el fondo, en bordes de la placa o que formen cadenas de colonias unidas (crecimiento spreaders). Si crecen es spreaders se cuentan como una, cuando cubre más del 50% no debe contarse, si es menor del 50% se cuentan el resto de colonias sólo si están uniformemente distribuidas, y si hay en toda la placa se informa.

Esta técnica permite: diferenciar microorganismo por las distintas características de las colonias (color, morfología, etc) b) Recuento por filtración de membrana Sirve para determinar cargas muy bajas, se pueden filtrar volúmenes de 100-1000mL.

Es el método de elección para muestras líquidas o solubles que contienen agentes microbianos, ya que no es necesario neutralizarlos.

Procedimiento: consiste en hacer pasar un volumen determinado de muestra líquida a través de un filtro de membrana estéril de diámetro de 50nm, poro de 0,45µm, colocado en un equipo de filtración a vacío.

Después de enjuagar con solución estéril apropiada, se retira el filtro, y se coloca sobre la superficie de una placa Petri con el medio de cultivo a utilizar y se incuba. Transcurrido el tiempo de incubación, se cuentan las colonias desarrolladas en el filtro. Las condiciones óptimas se dan cuando desarrollan entre 20-200 colonias, se utilizan filtros reticulados y se siguen reglas de conteo estipuladas.

Una vez conocido el número de colonias por filtro, se expresa el valor en UFC al igual que el recuento en placa expresado por gramo o mL de muestra c) Recuento directo al microscopio

Se basa en contar microorganismos por observación al microscopio, en una cantidad conocida de muestra. Se utilizan frotis coloreados, la cámara de recuento Petroff-Hausser (más indicada para bacterias), pero también se puede utilizar cámara de Neubauer siendo más frecuente, hay placas especiales para contar hongos en alimentos como la cámara de Howards.

Se determina el número de células viables y no viables. Ocasionalmente también se pueden diferenciar entre microorganismo vivos o muertos utilizando azul de metileno en levaduras, por ejemplo, donde las células vivas absorben el colorante y las muertas no. d) Recuento electrónico

Consiste en un contador electrónico de partículas semejante a citómetro de flujo, en el cual una diferencia de conductividad al paso de una bacteria se traduce en una señal que se registra y contabiliza.

4.4.2. Métodos indirectos a) Escala de McFarland. Sirve solo para cargas altas. b) Turbidimetría c) Basados en espectrofotometría de masas (MALDI-TOF)

5 Discusión-Conclusión

Los medios de cultivo, las técnicas de inoculación e incubación descritas en este tema son de gran aportación en el área clínica, ya que permiten detectar el microorganismo causante de una infección. Y así, poder aplicar métodos de prevención de nuevos contagios, por ejemplo, con la elaboración de vacuas. Y métodos antimicrobianos apropiados conociendo la sensibilidad de dichos microorganismos de estudio. Se puede decir que aportan gran fuerza en la búsqueda de soluciones efectivas.

Por último, mencionar, que los medios de cultivo también tienen otros fines, como el crecimiento controlado de microorganismos de interés industrial o médico en condiciones óptimas, por ejemplo, para la producción de antibióticos.

6 Bibliografía

1. Tortora GJ, Funke BR, Case CL. Introducción a la microbiología. 9ªed. Argentina: Médica Panamericana;2007.
2. Silva García MªC, García Bermejo MªJ, Cantos Solaz MªDesamparados. Técnico/a Superior de Laboratorio del Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM).vol 2. España: Editorial Mad y Eduforma; 2020.

Capítulo 348

DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO SEROLÓGICO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS BACTERIANAS. TÉCNICAS INMUNOLÓGICAS UTILIZADAS EN EL LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

ADOLFO TRIJUEQUE GARCIA

M ISABEL MORENA ESPADA

ANA ISABEL ANDINO HERRERA

SANDRA FERNÁNDEZ SERRANO

JORGE MENA GONZALEZ

1 Introducción

La serología es la rama de la inmunología que estudia las interacciones antígeno-anticuerpo formando inmunocomplejos (IC), para su aplicación en el diagnóstico clínico.

El diagnóstico serológico aporta certeza o confirmación de enfermedades infecciosas mediante la detección de antígenos o anticuerpos en el paciente, a través de técnicas de inmunodiagnóstico. Estas técnicas se pueden aplicar a distintas

muestras biológicas, siendo la más frecuente el suero. Son técnicas complementarias a las pruebas de rutina en el laboratorio de microbiología (cultivo, tinción, pruebas bioquímicas, etc.) que permiten un diagnóstico precoz, pudiéndose implantar un tratamiento temprano, limitando la evolución de la infección.

Los antígenos (Ag) son cualquier molécula o sustancia específica que sea capaz de desencadenar una respuesta inmune, activando la producción de anticuerpos específicos frente al antígeno (en la mayoría de los casos), entre otros mecanismos implicados en la respuesta (activación de linfocitos y expansión clonal, activación de células de memoria, activación del sistema del complemento, etc.)

Los anticuerpos (Ab, del inglés antibody), también conocidos como inmunoglobulinas (Ig), son glicoproteínas sintetizadas por linfocitos B (LB) y células plasmáticas al ser activados por antígenos específicos, desencadenando la respuesta inmune humoral. Están constituidos por cuatro cadenas polipeptídicas iguales dos a dos (dos cadenas pesadas y dos cadenas ligeras), unidas entre sí mediante puentes disulfuro. Su conformación es semejante a una Y, diferenciándose dos regiones: Fab (antigen binding fragment), región variable de unión al antígeno con dos sitios de unión; y región Fc (crystallizable fragment), región constante que conserva funciones efectoras asociadas al isotipo del anticuerpo. En humanos existen 5 clases o isotipos: IgG, IgA, IgM, IgD e IgE. En los estudios serológicos los isotipos de las inmunoglobulinas frecuentemente analizadas y detectadas son: IgM, inmunoglobulinas pentaméricas y naturales que indican infección primaria reciente; e IgG, inmunoglobulinas monoméricas e inmunológicas que indican infección tardía, pasada o protección humoral.

2 Objetivos

- Describir la interacción antígeno-anticuerpo en la que se basan las técnicas de diagnóstico y seguimiento serológico en infecciones bacterianas.
- Recopilar las técnicas inmunológicas empleadas en el laboratorio de análisis clínicos para el diagnóstico de enfermedades infecciosas bacterianas.

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. Interacción antígeno- anticuerpo (Ag-Ab)

La unión antígeno-anticuerpo (Ag-Ab) se produce por múltiples enlaces no covalentes, como puentes de hidrogeno, interacciones electroestáticas, fuerzas de Van der Waals e interacciones hidrofóbicas, es una interacción reversible. En conjunto, son responsables de la fuerza o afinidad de la unión. Cuando se producen interacciones entre antígenos polivalentes o multivalente (poseen unidades repetidas y pueden unirse al mismo anticuerpo a través de varios sitios de unión) y anticuerpos polimerizados (IgM, pentaméricas decavalentes) la fuerza de unión entre ambos es cooperativa, que se conoce como avidéz. Debido a esto, la IgM es la inmunoglobulina que presenta mayor avidéz y mayor poder aglutinante.

La formación de inmunocomplejos “in vitro” es la base de todas las técnicas inmunológicas. Se distinguen dos etapas: la interacción primaria no visible y la interacción secundaria, que sigue a la anterior y se caracteriza por la aparición de un fenómeno visible, como la aglutinación o la precipitación.

De estos dos grupos de reacciones primarias y secundarias, se describen a continuación, las que son de interés y más utilizadas para el diagnóstico y el seguimiento serológico de infecciones bacterianas.

4.1.1. Reacciones Ag-Ab primarias o directas

No producen manifestaciones visibles que permitan evidenciar sus resultados positivos, por lo que es necesario el uso de sistemas adicionales de revelado, obteniéndose una señal detectable y/o cuantificable relacionada con el grado de concentración de Ag o Ab.

Las moléculas que actúan como marcadores de revelado tienen que tener unas características básicas: se deben poder unir a los Ag o al Ab sin alterar su capacidad de unión y se deben poder detectar y medir con facilidad. Para mejorar su detección se aplican sistemas de amplificación de señales, como por ejemplo, el sistema biotina-avidina o estreptoavidina.

4.1.2. Reacciones Ag-Ab secundarias o indirectas

Atienden a los cambios físicos visibles que producen en el medio las interacciones Ag-Ab, de modo que valoran de forma indirecta los IC. Se distinguen reacciones de precipitación y reacciones de aglutinación.

En el presente capítulo se mencionarán solo técnicas de aglutinación, ya que la aplicación de las técnicas de precipitación es limitada y está prácticamente en desuso.

4.2. Técnica de aglutinación

Las reacciones de aglutinación consisten en el agrupamiento de partículas inicialmente dispersadas formando agregados macroscópicos.

Este proceso tiene lugar según la curva de Heidelberg-Kendall.

La gran diferencia entre reacciones de precipitación y las de aglutinación es la característica del antígeno. En las reacciones de precipitación el antígeno es soluble y en las reacciones de aglutinación el antígeno es particulado (insoluble). Con un Ag soluble, también es posible diseñar una reacción de aglutinación gracias a la posibilidad de adherir este antígeno a la superficie de partículas, que pueden ser inorgánicas como el látex o carbón, y orgánicas como los glóbulos rojos, generando de esta manera un antígeno particulado útil para fines diagnósticos, proceso conocido como sensibilización. Estos Ag particulados generados se conocen como aglutinógeno y el Ab específico al que se enfrentan como aglutinina.

Las IgM al tener mayor poder aglutinante se conocen como anticuerpos completos y las IgG como anticuerpos incompletos. Para la aglutinación de las IgG se recurre al suero de Coombs, un suero proveniente de animales inmunizados con inmunoglobulina IgG humana (anti IgG humana), que contiene Ab anti IgG humana, para hacer visible la aglutinación.

Los soportes donde se pueden realizar la aglutinación son: portaobjetos, tarjetas y placas de microtitulación. Las tarjetas o portaobjetos son soportes planos donde la prueba positiva se evidencia por la aparición de grumos en la zona de la mezcla. Las placas de microtitulación constan de varios pocillos con un fondo cónico, donde el resultado positivo aparece como un velo en la superficie del pocillo y el resultado negativo se observa como un botón en el fondo del pocillo formado por la sedimentación de las partículas empleadas.

Es una prueba que puede ser cualitativa (indicando presencia o ausencia) o semicuantitativa, al utilizar diluciones seriadas de la muestra problema, consiguiendo cada vez concentraciones menores de anticuerpo a determinar, hasta que la prueba de aglutinación sea negativa. Así obtenemos el título de anticuerpos (mayor dilución que da un resultado positivo).

Las ventajas de las reacciones de aglutinación son: sencillez y facilidad de realización, rapidez, y el no requerimiento de ningún equipamiento para su lectura. Presentan una mayor sensibilidad que las reacciones de precipitación, por lo que las han sustituido en muchos casos. Sin embargo, cabe mencionar que presentan

una menor sensibilidad que las reacciones primarias, tales como el ELISA o la inmunofluorescencia.

4.2.1. Aglutinación directa

Son aquellas en las que se determinan Ab (aglutininas) presentes en el suero problema al reaccionar con Ag particulados (aglutinógenos) presentes de forma natural en la superficie de un tipo de célula (bacterias o glóbulos rojos) observándose aglutinación si se forman IC.

Técnica de Rosa de Bengala: permite detectar la presencia de Ab frente a *Brucella* en suero. Utiliza una suspensión de bacterias del género *Brucella* teñidas con rosa de Bengala. Se realiza en tarjeta, si es positiva se observará aglutinación. Es importante añadir controles positivos y negativos. Prueba de screening.

4.2.2. Aglutinación indirecta o pasiva

Son aquellas en las que se determinan Ab (aglutininas) presentes en el suero problema al reaccionar con Ag particulados (aglutinógenos) observándose aglutinación si se forman IC.

Los antígenos son inicialmente solubles y hay que insolubilizarlos mediante fijación a un soporte sólido inerte (bolitas de látex, bentonita, carbón activo) o a una célula (glóbulos rojos). Este proceso se denomina sensibilización.

Las técnicas más habituales de aglutinación indirecta son: aglutinación de látex en placa y hemaglutinación indirecta. Se describen algunos ejemplos: a) Determinación de Ab anti estreptolisina O (ASLO):

Se usa en el diagnóstico de fiebre reumática, glomerulonefritis aguda y otras infecciones estreptocócicas.

La estreptolisina O es una enzima inmunógena y tóxica sintetizada por estreptococos beta hemolíticos de los grupos A, B, y G.

Se utilizan partículas de látex sensibilizadas. b) Pruebas serológicas utilizadas para el diagnóstico de la sífilis

Las pruebas no treponémicas o reagínicas, se emplean para el screening inicial y seguimiento del tratamiento. Son biológicamente inespecíficas ya que utilizan Ag no específicos: cardiolipina, lectina y colesterol.

Las dos pruebas que se utilizan son: VDRL (del inglés Venereal Disease Research Laboratory) y RPR (Reagina Plasmática Rápida). Son técnicas manuales que no permiten la automatización, si bien hay algún intento descrito en la literatura. Miden la floculación del antígeno en el suero del paciente realizadas en portas o en tarjetas.

El VDRL es una macrofloculación que puede valorarse sin microscopio, debido

a que el antígeno está adsorbido sobre partículas de carbón, Se positivizan a los 10-15 días después de la aparición del chancro, unas 6 semanas después de la infección.

Prueba treponémica específica: detecta anticuerpos específicos, la técnica utilizada es TPHA (del inglés *Treponema pallidum* Haemagglutination Assay).

El TPHA es una hemaglutinación pasiva que emplea eritrocitos de ave sensibilizados con extractos de *T. pallidum*. Si el resultado es positivo (presencia de anticuerpos) se forma un agregado de eritrocitos cubriendo el pocillo, formando un velo. Mientras que si es negativo, los eritrocitos se depositan en el fondo formando un botón.

Se obtienen resultados positivos a la 1-2 semanas de aparecer el chancro y permanecen positivas de por vida incluso en infecciones tratadas.

4.2.3. Aglutinación pasiva inversa

Se basa en la inmovilización del Ab en la superficie de la partícula inerte, siendo este tipo de reacciones muy útiles para la detección de Ag en muestras biológicas. Por ejemplo:

TST-RPLA (del inglés Toxic shock toxin-reverse passive latex agglutination): detecta la toxina del síndrome de shock tóxico producida por *S. aureus*). Emplea partículas de látex.

4.3. ELISA (Enzyme-linked immunosorbent assay)

Es una técnica de reacción Ag-Ab primaria.

Esta técnica permite identificar IC mediante el uso de enzimas conjugadas al antígeno o al anticuerpo, estando uno de ellos fijado/adsorbido al soporte sólido (placa de poliestireno). Se basa en que la reacción enzimática provoca el cambio de color, cuya intensidad será proporcional a la cantidad de IC formados, medido por espectrofotometría o colorimetría. Las enzimas más utilizadas son fosfatasa alcalina, peroxidasas de rábano (PRH), glucosa oxidasa o β -galactosidasa.

Es un ensayo inmunoenzimático (EIA) que se caracteriza por ser de gran sensibilidad, especificidad, bajo coste, reproducible y adaptable a las características de cualquier laboratorio. Pueden detectar concentraciones de nanogramos y picogramos /mL, requieren poca cantidad de muestra, y se automatizan.

Existen varios tipos de ELISA:

- ELISA directo: para la detección de antígenos. Se fija el antígeno a determinar al soporte y posteriormente se añade el anticuerpo marcado con una enzima. A continuación, se añade el sustrato de la enzima y se hace la lectura.
- ELISA indirecto: para la determinación de anticuerpos. El antígeno está fijado al soporte y se añade el suero problema con el anticuerpo a determinar. A contin-

uación, se añade anticuerpo anti-IgH conjugado con la enzima y posteriormente el sustrato de la misma.

- ELISA sándwich DAS (double antibody sandwich): hay un anticuerpo fijado al soporte, posteriormente se añade el suero problema que contiene el antígeno a determinar. A continuación, se añade el Ab monoclonal conjugado con la enzima y el sustrato de la misma.
- ELISA sándwich HADAS: el soporte tiene fijado un anticuerpo específico, posteriormente se añade el suero problema con el antígeno a determinar. A continuación, se añade un anticuerpo monoclonal no marcado (Ab primario), y por último se añade el anticuerpo anti IgH (Ab secundario) marcado más el sustrato de la enzima.
- ELISA competitivo: se fija un anticuerpo al soporte sólido y se añade la muestra con el antígeno a determinar y ese mismo antígeno marcado con la enzima. Ambos competirán por el sitio de unión al anticuerpo. A continuación, se añade el sustrato. El color será inversamente proporcional a la concentración de antígeno en la muestra, ya que al haber una alta concentración de antígeno problema en la muestra, se unirá al anticuerpo que tapiza el pocillo e impedirá que se una el antígeno marcado con la enzima.

En todos los tipos de ELISA es muy importante lavar entre cada paso para evitar uniones inespecíficas, así como el bloqueo de sitios libres con proteínas irrelevantes.

La lectura de los resultados puede ser valorada tanto visual como por colorimetría. De manera visual pueden ser leídos ciertos ensayos en los que no haga falta una cuantificación. Los ensayos colorimétricos dan un producto de reacción coloreado que absorbe luz en el espectro visible, siendo la absorbancia del mismo proporcional a la concentración de producto medido. La lectura se realiza en un espectrofotómetro o en equipos de lectura automática de placas. Los resultados finales se reflejan numéricamente.

En los EIA automatizados se usa normalmente como enzima marcadora la fosfatasa alcalina y como sustrato MUP (4-metlumbabalifenol fosfato), el cual es catabolizado a un producto fluorescente, medido por fluorometría.

Esta técnica se usa para la serología de *M. tuberculosis*, *Yersenia enterocolitica* y *Yersenia pseudotuberculosis*, *Helicobacter pylori*, *Bartonella*, *Borrelia burgdorferi*, y *Mycoplasma pneumoniae*, entre otros

4.4. Inmunocromatografía

Se usan con frecuencia porque es sencillo manejarlas e interpretar el resultado. Pueden usarse todo tipo de muestras: sangre, plasma, suero, orina, heces, etc. La preparación de la muestra suele ser muy sencilla, solo necesitan diluirse con un

tampón de extracción para fluidificar las muestras.

Utiliza como soporte una tira de nitrocelulosa, que puede estar dentro de una carcasa o en forma libre. En ella se distinguen cuatro zonas: zona de aplicación de la muestra, zona de conjugado, zona de detección y zona de control. La zona de conjugado es donde se encuentran los anticuerpos monoclonales específicos dirigidos contra el Ag, marcados con oro coloidal (color rosáceo). La zona de detección es donde están fijados los anticuerpos monoclonales específicos frente al mismo antígeno, pero a distinto epítipo. La zona de control es donde se encuentran fijados anticuerpos anti IgH dando lugar a otra banda coloreada al unirse los anticuerpos marcados libres que siguen migrando por la membrana.

Si el resultado es negativo solo hay una banda coloreada, si es positivo aparecerán dos bandas, pero siempre tiene que aparecer la banda control para que la prueba sea válida.

Esta técnica se utiliza mucho como screening en la detección de antígenos bacterianos o anticuerpos específicos. Por ejemplo: en muestras fecales para la detección de *H.pylori*, *Clostridium difficile* Ag GDH, *E.coli* O157:H, *Campylobacter*, *Salmonella typhi* y *S. paratyphi*, *Listeria*, *Shigella dysenteriae*, *Y. enterocolitica* 0:3 y 0:9 y *Vibrio cholerae* 01 y 0139. En orina *S. pneumoniae* y *Legionella*. Muestras respiratorias *Streptococcus A*.

4.5. Western Blot o inmunoblot

Se utiliza para detectar la presencia de proteínas específicas en una mezcla compleja de componentes antigénicos.

En primer lugar, se realiza la separación de los antígenos en estudio, generalmente mediante electroforesis PAGE-SDS (separa antígenos desnaturalizados de igual carga, que migran en función de su peso molecular). Después se transfieren (inmunotransferencia) a una membrana de nitrocelulosa o nylon. Posteriormente, se bloquean los sitios de unión libre con solución de bloqueo (BSA o leche en polvo 5% en PBS).

A continuación, esta membrana se incuba primero con los Ab monoclonales específicos de la proteína (anticuerpo primario) y posteriormente con un anticuerpo marcado con una enzima (anticuerpo secundario), siendo las enzimas que se utilizan normalmente la peroxidasa de rabano (HRP) o la fosfatasa alcalina. Por último, se añade el sustrato y se revela el resultado, que se comparará con una banda patrón. Es una técnica que se utiliza como confirmación de otros test previos en los que se hayan obtenido resultados positivos.

4.6. Inmunofluorescencia

Son inmunoensayos que utilizan como marcadores sustancias capaces de emitir

fluorescencia. Estas sustancias reciben el nombre de fluorocromos o fluoróforos, y, se excitan cuando la luz UV incide sobre ellas, libera el exceso de energía en forma de luz visible al regresar a su estado normal. Para ver esta reacción se utiliza el microscopio de fluorescencia.

La microscopía de fluorescencia es una técnica de localización de antígeno en células y tejidos, así como de determinación de anticuerpos específicos en suero. Los fluorocromos más utilizados son isotiocinato de fluoresceína (FITC) (verde), rodamina B (naranja) y ficoeritrina (amarillo).

Existen dos tipos:

- Inmunofluorescencia directa (IFD): utiliza un Ab específico conjugado con el fluorocromo que se aplica directamente sobre la muestra fijada sobre un portaobjetos o placa. Se utiliza para la detección de espiroquetas, Bordetella, Legionella, Chlamidia trachomatis.
- Inmunofluorescencia indirecta: se realiza en dos etapas, primero se hace reaccionar el anticuerpo específico con el antígeno y a continuación, se añade un anticuerpo antiglobulina marcado con un fluorocromo. Se utiliza para la detección de Ab, en el seguimiento de Brucella, Bartonella, Borrelia burgdorferi, Rickettsias y Legionella.

4.7. Prueba de sensibilidad cutánea retardada o inmunodermo-reacción

Esta prueba consiste en la inoculación subcutánea de una cantidad conocida de antígeno, denominado PPD (derivado proteico purificado). Tras 48-72 horas se realizará la observación del sitio de inyección y si se observa la aparición de una pápula o induración superior a 2mm la reacción se considera positiva.

Esta prueba se utiliza para la serología de la prueba de Mantoux en M. tuberculosis, para la detección del toxoide tetánico en C. tetani, test cutáneo frente a Brucella, prueba de Mitsuda para M. Leprae y el test cutáneo de Stick para C.diphtheriae.

5 Discusión-Conclusión

Las técnicas desarrolladas en este tema son de gran importancia en el diagnóstico, seguimiento de la evolución y aplicación de tratamientos en caso de infección. Nos permiten acortar los tiempos del diagnóstico, ya que son más rápidas que algunas pruebas de identificación y aislamiento bacteriano (cultivo, tinciones, pruebas bioquímicas) o técnicas moleculares. Sin olvidar además que también son más económicas.

La mayoría son pruebas de screening, pero siempre hay que complementarlas

con pruebas de confirmación.

La tecnología para el estudio y diagnóstico de enfermedades infecciosas ha evolucionado rápidamente y las técnicas de análisis manuales se han sustituido, en su mayoría, por instrumentos automatizados que permiten la realización de un gran número de pruebas a la vez.

6 Bibliografía

1. Tortora GJ, Funke BR, Case CL. Introducción a la microbiología. 9ªed. Argentina: Médica Panamericana;2007.
2. García Espinosa B, Romero Burguillos R, Rubio Campal F. Técnicas de inmunodiagnóstico. España: Ediciones Paraninfo, S.A; 2016

Capítulo 349

LA REALIZACIÓN DE UNA RADIOGRAFÍA DE RODILLA

DIHIA MAMMERI PÉREZ

1 Introducción

Las rodillas son unas de las articulaciones más complejas del cuerpo humano, ya que son las encargadas de sostener nuestro peso, por eso es una articulación que tiende a lesionarse debido a patologías articulares y se debe explorar al recibir algún traumatismo porque es muy fácil que cualquier golpe provoque alguna lesión.

La exploración de la rodilla mediante técnicas radiológicas es uno de los procedimientos más habituales tanto en personas mayores como jóvenes, porque lo primero que suele solicitar un facultativo al recibir un paciente con dolor o tras un traumatismo en la articulación de la rodilla es una radiografía. En caso de que no se observe nada relevante, se quiera descartar algún tipo de lesión concreta o se quiera hacer una valoración pre-quirúrgica, se recomiendan técnicas más avanzadas y que aportan más información, como es el caso de la resonancia magnética.

La radiografía es una técnica indolora y rápida. Su principal desventaja es el uso de radiación ionizante, aunque la radiación recibida puede disminuir mediante la utilización de protectores plomados para zonas más sensibles como son los protectores gonadales, de tiroides, de cristalino.

Aparte del uso en diagnóstico, también se puede utilizar en quirófano para alguna pequeña intervención.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo son:

- Dar a conocer cómo se debe realizar una radiografía de la articulación de la rodilla.
- Exponer las variaciones que se pueden realizar para visualizar distintas patologías.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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

Al acudir al médico tras un traumatismo en la rodilla o un dolor repentino, la primera prueba que se suele realizar para descartar cualquier lesión o patología degenerativa es la radiografía de rodilla.

Mediante esta técnica se puede valorar la región distal del fémur, la región proximal de tibia y peroné, la rótula, y el espacio donde se alojan los meniscos.

Se pueden realizar varias proyecciones en función de qué parte se quiera ver mejor, pero las proyecciones principales serían una anteroposterior y una lateral que la complemente.

Para la realización de la proyección anteroposterior se pedirá al paciente que se tumbe en la mesa de rayos en decúbito supino con la rodilla completamente extendida y recta. El tubo del rayo se colocará sin anulación dirigida hacia el polo inferior de la rótula, en caso de que el paciente sea obeso se deberá angular el tubo 5° en dirección caudo-craneal. Se debe de tener en cuenta que la parte posterior de la rodilla esté en contacto con el receptor de imagen. Para comprobar que la radiografía está correctamente realizada deberemos observar la porción distal del fémur, la porción proximal de tibia y peroné y la rótula debe aparecer centrada entre los dos cóndilos femorales.

La proyección lateral se debe realizar con el paciente colocado en decúbito lateral hacia el lado de la rodilla afectada y deberá flexionarla unos 20°. El rayo deberá centrarse en el cóndilo medial con una angulación de 5° en dirección caudo-

craneal y el receptor de imagen deberá estar en contacto con la cara externa de la rodilla. Una vez obtenida la placa debemos observar la porción distal del fémur, la cabeza del peroné ligeramente superpuesta con la parte posterior de la tibia y los cóndilos femorales totalmente superpuestos.

Estas dos proyecciones pueden realizarse también con el paciente en bipedestación, utilizando en este caso el bucky mural, denominándose proyecciones en carga. Esta posición se utiliza para estudiar el espacio femorotibial cuando soporta el peso corporal.

Existe una proyección para el estudio de la rótula en un plano axial. Se puede realizar mediante dos métodos: método de Settegast o método de Hughston.

En el método de Settegast se quiere estudiar el espacio femororrotuliano y descartar fracturas de rótula. El paciente se debe colocar en decúbito prono con genuflexión formando un ángulo de 90°. El receptor de imagen se debe colocar en contacto con la cara anterior del muslo y el rayo se debe centrar, con una angulación de 15°, en dirección a la rótula.

Para el método Hughston el paciente también se deberá colocar en decúbito prono flexionando la rodilla 45°. El receptor de imagen debe estar en contacto con la cara anterior del muslo y el rayo debe dirigirse a 45° tangencial a la rótula. Este método se utiliza para descartar subluxaciones de rótula.

5 Discusión-Conclusión

La radiografía de rodilla es una de las pruebas que más se realizan en los servicios de radiología, ya que es una articulación que tiende a lesionarse fácilmente. Es una técnica sencilla e indolora, que produce resultados en segundos, aportando gran información sobre el estado de los huesos, principalmente y ligamentos y músculos en menor grado. Ofrece un rápido diagnóstico tras traumatismos sin necesidad de recurrir a técnicas que conlleven un mayor tiempo de adquisición. Se utiliza en distintas situaciones, ya para descartar lesiones o patologías o para controles postquirúrgicos. Se pueden realizar proyecciones desde distintos planos para obtener información diferente sobre el estado de la rodilla.

6 Bibliografía

1. Poveda, B., & Plazas, M. C. (2020). Elementos de protección radiológica en salas de intervencionismo. *Revista Colombiana de Cardiología*, 27, 82-87. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2020.01.002>

2. Matias, C. P. (1999). Lesiones traumaticas de rodilla ocultas a la radiografia. Rev. Asoc. Argent. Traumatol. Deporte;6(1): 23-27, 1999. ilus | LILACS. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-350142>

Capítulo 350

LA HISTEROSALPINGOGRAFÍA: UNA PRUEBA DE IMAGEN ÚTIL PARA LA DETECCIÓN DE PATOLOGÍAS Y TUMORES DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

JOSEFA BONACHE VIVANCOS

1 Introducción

La histerosalpingografía es una prueba ginecológica que sirve para estudiar la arquitectura de la cavidad uterina y las trompas de Falopio, así como su morfología. Es una prueba muy útil para la visualización del aparato reproductor femenino. Esta se usa en las pacientes que acuden a reproducción asistida para verificar que no haya ningún factor uterino o vaginal que impida el embarazo.

Esta prueba también se le conoce como histerograma, uterosalpingografía, uterotubografía o prueba de Cotte.

Tras conocer los resultados obtenidos de la histerosalpingografía, y realizando otras pruebas médicas, se podrá determinar que tratamiento para la infertilidad es el más correcto para provocar el embarazo. Los métodos son los siguientes:

- Inseminación artificial: se realiza cuando las trompas sean permeables, la calidad del semen sea buena y la mujer tenga una buena reserva en los ovarios. La edad es un factor indicador para hacer este tipo de inseminación garantizando el éxito, y debe hacerse antes de los 36 años.
- Fecundación in vitro: es la opción más correcta en caso de que no se cumplan los requisitos anteriores, por ejemplo, cuando las trompas estén obstruidas, la

calidad del semen no sea buena y la mujer tenga más de 36 años de edad con la reserva de los ovarios afectada.

Cada mujer se le debe hacer un estudio personalizado y establecer recomendaciones y tratamientos personalizados.

2 Objetivos

- Conocer el procedimiento para realizar una histerosalpinografía.
- Explicar las indicaciones en las que se debe realizar esta prueba y detallar las ventajas e inconvenientes de ella.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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

Esta prueba consiste en realizar una radiografía del útero y las trompas de Falopio de la mujer. El especialista usa un tipo de contraste yodado, el cual se mete por el cuello uterino con ayuda de una cánula.

Según va el líquido de contraste avanzando por el interior de la cavidad uterina y las trompas, el radiólogo hará las imágenes necesarias mediante una técnica especial de rayos X cuyo objetivo es ver los órganos internos en movimiento mediante un aparato llamado fluoroscopia.

Una ventaja que presenta respecto a la ecografía, esta prueba no se hace de manera rutinaria en las consultas ginecológicas, sino cuando se necesita.

Actualmente, hay una versión mejorada de la histerosalpingografía cuya ventaja es hacer este examen en menor tiempo y con menor molestias para la mujer.

La nueva prueba se llama histerosalpingosonografía (HSSG), que utiliza ultrasonidos para tomar las imágenes en vez de rayos X.

En función del tipo de contraste que se utilice, tenemos dos tipos de HSSG:

-HyCosy: es la abreviación de Histerosalpingo-Contrast-Sonografía, un tipo de HSSG que usa suero fisiológico o una solución de galactosa como medio de con-

traste. Este contraste se inyecta a través del cuello uterino, y con una ecografía transvaginal se mira su trayectoria por el útero y las trompas de Falopio.

-HyFosy: es la abreviación Histerosalpingo-Foam-Sonografía, un tipo de HSSG con más novedades que el anterior, que no usa medios de contraste. En sustitución, se introduce un gel espumoso por vía vaginal que rellena la cavidad uterina y se expande hacia las trompas de Falopio, dando unas imágenes mucho más claras y nítidas a través de la ecografía.

La fecundación se produce cuando los espermatozoides eyaculados por el hombre durante el coito alcanzan el óvulo expulsado del ovario de la mujer en una trompa de Falopio. Después, el embrión que fue fecundado de esta unión viaja a través de la trompa de Falopio hasta el útero, se queda en el endometrio y se produce la gestación.

Cuando hay una obstrucción tubárica que no produzca el contacto del óvulo y del espermatozoide en ambas trompas de Falopio, obviamente el embarazo no se produce si no se soluciona esta obstrucción.

La histerosalpingografía permite valorar la morfología y la funcionalidad del aparato reproductor femenino, dado que da información acerca de la permeabilidad tubárica.

Esta prueba permite averiguar la causa de la infertilidad y acertar con la técnica de reproducción asistida adecuada con mayor probabilidad de éxito, bien la inseminación artificial (IA) o la fecundación in vitro (FIV).

Esta prueba también está indicada para estudiar las alteraciones menstruales, dolor en la pelvis, tumores en la pelvis y malformaciones congénitas. También sirve para comprobar el éxito de una ligadura de trompas.

Las alteraciones que se detectan con una histerosalpingografía son:

-En el cérvix: incompetencia cervical en caso de que haya estrechamiento o anchura, si existe duplicación del cuello en un posible útero didelfo, cuello uterino alargado, etc.

-En el útero: si existen anomalías estructurales en el útero tipo septos; si hay miomas y pólipos uterinos, adherencias en un posible síndrome de Asherman, adenomiosis, hipoplasia, etc.

-En las trompas: salpingitis, hidrosalpinx, endometriosis, rigidez tubárica, etc.

Todas las alteraciones que afectan a las trompas de Falopio causan inflamación y taponamiento.

Debemos asegurarnos que la mujer no esté embarazada en el momento de hacer la histerosalpingografía, dado que los rayos X serían nocivos para el feto.

Las consideraciones que se deben tener en cuenta para realizar esta prueba son imprescindibles:

- Hacer la prueba entre los días 8 y 10 del ciclo menstrual, cuando el sangrado menstrual ya haya finalizado y anterior a la ovulación
- Tomar un laxante o colocar un enema la noche anterior a la prueba u horas antes, para realizar un vaciado de los intestinos
- No es necesario acudir en ayunas dado que no se va a administrar anestesia. Es recomendable, no comer nada en las horas previas
- Se puede tomar analgésicos para reducir las molestias
- No se puede hacer la prueba si hay una infección genital

Las contraindicaciones que existen para esta prueba son: la enfermedad inflamatoria pélvica, inflamación, metrorragia o si se ha ingerido hace poco algún contraste para la visualización del aparato digestivo.

Esta prueba dura entre 20 y 30 minutos, es fácil de realizar por el médico especialista y no necesita anestesia.

Se colocará a la mujer en la misma postura que cuando se realiza un examen ginecológico, colocando los pies en unos estribos.

Cuando la paciente se encuentra en la posición correcta, se coloca un espéculo en la vagina para poder lavar la zona del cuello uterino con una solución salina. Mediante una cánula se introducirá por el cuello del útero, se pasará contraste a la cavidad uterina.

Mientras tanto, la máquina de rayos X se colocará por encima del abdomen de la paciente y se tomarán las imágenes necesarias.

Tras la realización de la prueba, no se necesita que la mujer guarde reposo, pero tampoco le viene bien que haga actividades molestas y que coja pesos durante ese día.

Es frecuente y normal que la mujer sienta pequeñas molestias durante el día en el que se realizó la histerosalpingografía. Si tiene un dolor abdominal más agudo, cólicos u otras molestias posteriores, el médico especialista le podrá prescribir algún medicamento analgésico para aliviar el dolor. Es normal que también pueda presentar un pequeño sangrado vaginal o flujo marrón días posteriores a la histerosalpingografía.

Los resultados de la prueba los interpreta el médico especialista ginecólogo, para realizarle un seguimiento a la paciente.

En la imagen resultante podremos ver la cavidad uterina como un cúmulo ovalado o con forma de pera al revés y también dos delgadas líneas que salen de la parte superior que son las trompas de Falopio.

Según la permeabilidad tubárica, los resultados de la prueba se resume en lo siguiente:

-Cotte positivo:indica que las trompas son permeables y así, vemos el contraste cuando pasa por las dos trompas y se expulsa a la cavidad abdominal. En este resultado, la mujer no presenta ninguna alteración.

-Cotte negativo:sea unilateral o bilateral, significa que una o ambas trompas están obstruidas y por ello, no dejan pasar el contraste a través de su estructura, y causando que se inflen como un globo. También se puede dar que las trompas de Falopio no se puedan ver por una malformación tubárica o uterina.

5 Discusión-Conclusión

Esta prueba radiológica es poco conocida y el objetivo es darla a conocer para que futuras pacientes y profesionales aumenten sus conocimientos sobre esta prueba, tipo en que situaciones se deben realizar, la preparación que se debe tener para realizarla.

Todas las mujeres son personas y futuras pacientes de algún tipo de prueba o tratamiento, y es mejor que vayan preparadas para las ventajas e inconvenientes que presenta una prueba frente a otra. Aunque sea algo dolorosa para las pacientes, es una prueba bastante sencilla y útil para las indicaciones que se han citado en el apartado anterior.

Es una prueba bastante útil dado que puede indicar distintas patologías.

6 Bibliografía

Gómez, M. B., Moreno, Ó. O., Salvador, Z., & Maldonado, Z. B. (2021, July 28). ¿Qué es la histerosalpingografía? - Indicaciones y resultados. Reproducción Asistida ORG. <https://www.reproduccionasistida.org/histerosalpingografia/>

Capítulo 351

¿SON EFECTIVOS LOS SISTEMAS DE RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR?

JORGE MARTINEZ ALVAREZ

1 Introducción

En la actualidad, la tecnología tiene un papel indispensable en el diagnóstico de ciertas patologías como puede ser el cáncer, dentro de los diferentes sistemas de imagen el que se considera más importante es la resonancia magnética nuclear. Las imágenes que se obtienen de estos tipos de sistemas ayudan a la localización de las patologías a través del análisis de las mismas que sirven para la realización de ciertas cirugías.

Con el uso de la resonancia magnética nuclear se obtienen que permiten diferenciar la consistencia de diferentes tejidos que con la tomografía computarizada axial no era posible conseguir a través de diferentes campos radiomagnéticos que a través del software del sistema de imagen se convertían en imágenes en tres dimensiones.

Es importante señalar que, aunque parece que son todo ventajas para los pacientes y médicos encargados de diagnósticas o seguir ciertas patologías., también tienen ciertas desventajas que se deben tener en cuenta antes de la realización de la prueba y teniendo en cuenta las contraindicaciones de la misma, y aunque se considera que las imágenes son de alta calidad hay ciertos objetos que pueden interferir con el campo magnético como un stent usado en un aneurisma o un marcapasos interno.

2 Objetivos

- Dar a conocer el uso de los equipos de resonancia magnética nuclear.
- Confirmar las ventajas de su uso y las desventajas del mismo para una valoración apta.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo, se hizo una revisión bibliográfica del tema en cuestión, en función de los objetivos establecidos en el mismo. Para ello, se obtuvo información de las principales bases de datos que se nombran a continuación: Scielo, Medline y PubMed, así como páginas de información veraz acerca del tema, eligiéndose los artículos más adecuados para ello tanto en inglés como en español.

Las palabras Clave utilizadas son: “resonancia magnética”, “ventajas”, “desventajas” y “imagen” con los descriptores de ciencia de la salud más adecuados.

4 Resultados

Los equipos de resonancia magnética nuclear se utilizan en la actualidad para la confirmación de ciertos diagnósticos cuando otras pruebas que se consideran más rápidas y sencillas no pueden hacerlo, como por ejemplo la tomografía axial computarizada o TAC.

Las ventajas que tienen estos sistemas de imagen es que no utilizan radiación durante su uso, lo que es beneficioso para el paciente al cual se le realiza la prueba, lo que se realiza son imágenes anatómicas a través de campos electromagnéticos que derivan en estas imágenes de tres dimensiones, además de que el paciente no siente ningún tipo de dolor durante la realización de la misma.

A su vez, aunque parece que todos son ventajas, someterse a esta prueba para ciertas personas es un problema, puesto que, pueden causar claustrofobia por realizarse dentro de una especie de túnel cerrado, dependiendo de las imágenes a obtener puede ser bastante larga y durante su realización hace un ruido característico que puede ser molesto cuando esta prueba se alarga.

En principio, aunque se considera una prueba sin riesgo, hay ciertas contraindicaciones en algunos pacientes como los que por ejemplo sufren insuficiencia renal crónica, portadores de prótesis metálicas o mujeres embarazadas o que se encuentra con la lactancia materna en ese momento.

Se considera una prueba indispensable en ciertos pacientes que sufren patologías cerebrales, puesto que se diferencia con total claridad la materia gris de la blanca, por lo que a partir de estas imágenes reconstruidas en tres dimensiones se pueden distinguir tumores cerebrales, es decir, tejido anormal en la zona estudio, por lo que es muy utilizada en pacientes que sufren tumores cerebrales o por ejemplo la enfermedad de Alzheimer para la evaluación de la patología, dando tanto un diagnóstico como un pronóstico del mismo.

5 Discusión-Conclusión

La efectividad de las resonancias magnéticas nucleares son indiscutibles para la confirmación de ciertas patologías como para su futuro tratamiento y, en el caso de que estén establecidas para el pronóstico, como la supervivencia de los mismos.

Tras la investigación realizada para este estudio, se constata que las desventajas que presentan estos sistemas son mínimas en función de las ventajas que encontramos. De las más importantes son la no ionización de los pacientes, que cuando precisan de muchas pruebas esta radiación es repetida y constante, que a la larga puede dar lugar a más problemas que beneficios como una imagen de calidad que no obtenemos con los sistemas de imagen que usan radiación.

6 Bibliografía

1. V. Martínez, M.C. Carreira, M. Chiva, A. Moreno, J. Schneider. Relation between dynamic magnetic resonance imaging with biological and histopathological prognostic factors of invasive breast cancer. *Rev Senol Patol Mamar.*, 25 (2012), pp. 133-138
2. M.D. Schnall, J. Blume, D.A. Bluemke, G.A. DeAngelis, N. DeBruhi, S. Harms, et al. Diagnostic architectural and dynamic features at breast MR imaging: Multicenter study. *Radiology*, 238 (2006), pp. 42-53.

Capítulo 352

INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS PREVENTIVOS DE LA NEUMONÍA POR ASPIRACIÓN EN EL PACIENTE MAYOR

MONTSERRAT CUESTA ARIAS

1 Introducción

La intervención del técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel esencial en la atención integral de los pacientes mayores, particularmente en lo que respecta a los cuidados preventivos de la neumonía por aspiración. La neumonía por aspiración es una complicación grave que afecta principalmente a individuos de edad avanzada, cuya salud pulmonar y capacidad de proteger sus vías respiratorias pueden estar comprometidas. En este contexto, el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería adquiere una importancia crítica, ya que su participación activa en la implementación de medidas preventivas puede contribuir significativamente a reducir el riesgo de esta condición.

Este artículo explora la relevancia de la intervención del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la prevención de la neumonía por aspiración en pacientes mayores. Se abordarán diversos aspectos, como la comprensión de los factores de riesgo asociados con la neumonía por aspiración, la aplicación de técnicas de movilización y posicionamiento adecuadas, el apoyo en la alimentación segura y la colaboración con el equipo de atención médica para garantizar un entorno

propicio para la prevención. Además, se destacará la importancia de la educación continua y la actualización de conocimientos por parte de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería para brindar una atención de alta calidad y basada en evidencia.

A medida que la población de pacientes mayores sigue creciendo, es fundamental reconocer el papel fundamental que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería desempeñan en la prevención de la neumonía por aspiración. Su compromiso con la seguridad y el bienestar de los pacientes, combinado con su colaboración estrecha con el personal de enfermería y médico, contribuye en gran medida a mejorar los resultados de salud y la calidad de vida de este grupo vulnerable. En última instancia, este artículo resalta cómo la intervención del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es un componente esencial en la estrategia integral de prevención de la neumonía por aspiración en pacientes mayores.

2 Objetivos

Comprender los factores de riesgo asociados con la neumonía por aspiración en pacientes mayores, incluyendo condiciones médicas subyacentes, problemas de deglución y limitaciones en la movilidad.

Implementar técnicas de movilización y posicionamiento adecuadas para pacientes mayores con el fin de prevenir la acumulación de secreciones en las vías respiratorias y reducir el riesgo de aspiración pulmonar.

Colaborar con el personal de enfermería y médico en la identificación temprana de signos y síntomas de disfagia y deterioro respiratorio en pacientes mayores, para tomar medidas preventivas de manera oportuna.

3 Metodología

Se realiza una revisión sistemática en publicaciones científicas sobre la prevención de infecciones urinarias por catéter vesical.

Se consultan bases de datos: Medline, PubMed, Science y Cuiden. Los descriptores de búsqueda utilizados han sido: Neumonía por aspiración, paciente mayor, factores riesgo, síntomas, cuidados y prevención.

4 Resultados

La neumonía por aspiración es una infección pulmonar que ocurre cuando alimentos, líquidos, secreciones o partículas extrañas llegan a los pulmones, causando inflamación e infección. Los pacientes mayores son especialmente susceptibles a este tipo de complicación debido a factores como la disminución de la función de la deglución y la movilidad reducida. Aquí hay algunas formas en las que un técnico en cuidados auxiliares de enfermería podría intervenir en la prevención de la neumonía por aspiración en pacientes mayores:

1. ****Vigilancia y Observación:**** Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería tienen un papel crucial en la observación constante de los pacientes mayores. Deben estar atentos a cualquier signo de dificultades para tragar (disfagia), tos frecuente durante las comidas o después de beber, y cambios en la producción de saliva o secreciones.
2. ****Posición durante la Alimentación:**** Ayudar a los pacientes a adoptar una posición adecuada durante las comidas puede reducir el riesgo de aspiración. Los pacientes deben estar sentados en posición erguida durante las comidas y permanecer en esta posición durante al menos 30 minutos después de comer.
3. ****Alimentación Adecuada:**** Los técnicos deben asegurarse de que los pacientes reciban la dieta adecuada recomendada por el personal médico o el nutricionista. En algunos casos, se pueden modificar las texturas de los alimentos para facilitar la deglución y reducir el riesgo de aspiración.
4. ****Monitoreo de la Higiene Oral:**** Mantener una buena higiene oral es esencial para prevenir la acumulación de bacterias en la boca que podrían llegar a los pulmones. Los técnicos pueden ayudar en el cepillado dental y enjuague bucal regular de los pacientes.
5. ****Asistencia en la Movilización:**** La movilización regular de los pacientes es importante para prevenir la acumulación de secreciones en los pulmones. Los técnicos pueden ayudar a los pacientes a cambiar de posición y realizar ejercicios de movilización en la cama o fuera de ella.
6. ****Educación a los Pacientes y Familiares:**** Los técnicos pueden brindar información sobre la importancia de la prevención de la neumonía por aspiración a los pacientes y sus familiares. Esto podría incluir demostrar técnicas de alimentación segura y resaltar la importancia de la postura adecuada.

Es importante recordar que el papel de un técnico en cuidados auxiliares de enfermería es trabajar en colaboración con el personal de enfermería y médico. La prevención de la neumonía por aspiración en pacientes mayores es un enfoque multidisciplinario que involucra a varios profesionales de la salud.

5 Discusión-Conclusión

La intervención del técnico en cuidados auxiliares de enfermería juega un papel crucial en la prevención de la neumonía por aspiración, una preocupación significativa en el cuidado de pacientes mayores. Al adoptar un enfoque holístico y proactivo, estos profesionales contribuyen de manera significativa a la salud y el bienestar de los pacientes.

La vigilancia y observación constante son pilares fundamentales de esta intervención. Los técnicos deben estar atentos a las señales de dificultades en la deglución, tos durante las comidas y cambios en la producción de saliva o secreciones. Esta atención cuidadosa permite la detección temprana de problemas, lo que facilita la implementación de medidas preventivas.

Asistir a los pacientes en la adopción de la posición adecuada durante las comidas es otra parte esencial de la labor del técnico. Mantener al paciente en una posición erguida durante las comidas y después de ellas ayuda a prevenir que los alimentos y líquidos entren en las vías respiratorias, reduciendo el riesgo de aspiración.

La educación también desempeña un papel crucial en la prevención. Los técnicos pueden proporcionar a los pacientes y sus familiares información sobre prácticas seguras de alimentación, la importancia de la higiene oral y la necesidad de movilización regular. Estos conocimientos empoderan a los pacientes y sus cuidadores para tomar medidas preventivas en su vida diaria.

En este proceso, es esencial reconocer que la intervención del técnico en cuidados auxiliares de enfermería opera en colaboración con un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud. Trabajar junto a enfermeras, médicos, terapeutas y nutricionistas garantiza un enfoque integral y eficaz para prevenir la neumonía por aspiración en pacientes mayores.

En última instancia, el compromiso y la atención constante que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería brindan a los pacientes mayores no solo ayudan a prevenir la neumonía por aspiración, sino que también mejoran la calidad de vida de estos individuos vulnerables. Su labor es una contribución valiosa a la

salud y el bienestar de la población geriátrica.

6 Bibliografía

- A. Forster, N. Samaras, G. Gold, D. Samaras. Oropharyngeal dysphagia in older adults: a review. *Eur Geriatr Med.*, 2 (2011).
- Carrillo N, Muñoz A, Carrillo G. Neumonía aspirativa en pacientes adultos mayor. *Revista Sociedad Peruana Medicina Interna* 2013
- Ferrero L, García G, Botella T, Vidal J. Detección de disfagia en mayores institucionalizado. *Revista española de Geriatria y Gerontología* 2012.
- Hollaar V, van der Maarel-Wierink C, van der Putten G-J, van der Sanden W, de Swart B, de Baat C. Defining characteristics and risk indicators for diagnosing nursing home-acquired pneumonia and aspiration pneumonia in nursing home residents, using the electronically-modified Delphi Method. *BMC Geriatrics* [Internet]. 7 de marzo de 2016. Idinia V, Bres B, Sanchez P, Martino G, Santiago. Neumonía aspirativa asociada al accidente cerebrovascular: Utilidad de una escala práctica y sencilla. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 2019.

Capítulo 353

EVALUACIÓN POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DE LA EFECTIVIDAD DE LAS TÉCNICAS DE ENSEÑANZA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD ENTRE PACIENTES DIABÉTICOS

FERNANDO REDONDO MORENO

CARMEN RUS MENESES GARVI

JAVIER TALAVERA GARCIA

VERÓNICA CUARTERO ESCRIBANO

GLORIA MARÍA MORENO GALAN

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad crónica que afecta a millones de personas en todo el mundo, y su manejo adecuado es esencial para prevenir complicaciones graves. La promoción de la salud desempeña un papel crucial en la atención de pacientes diabéticos, ya que no solo se trata de controlar los niveles de glucosa en sangre,

sino también de educar y empoderar a los pacientes para que tomen decisiones informadas sobre su estilo de vida y cuidado personal. En este contexto, la efectividad de las técnicas de enseñanza utilizadas para transmitir información relevante y motivar el cambio de comportamiento se convierte en un elemento crítico.

La evaluación de la efectividad de estas técnicas se ha convertido en un área de investigación fundamental en el campo de la atención médica y la promoción de la salud. Comprender cómo las estrategias de enseñanza impactan en la comprensión, la adhesión al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes diabéticos es esencial para mejorar la atención que se les brinda.

En este estudio, nos proponemos profundizar en este tema vital, centrándonos en analizar y evaluar las técnicas de enseñanza utilizadas en la promoción de la salud entre pacientes diabéticos. Nuestra investigación busca proporcionar una visión más clara y completa de las prácticas educativas que tienen un impacto positivo en la gestión de la diabetes. A través de un riguroso análisis, buscaremos identificar las estrategias más efectivas para educar y capacitar a los pacientes diabéticos, con el objetivo de mejorar su capacidad para controlar su condición, tomar decisiones informadas y llevar un estilo de vida saludable.

Al abordar esta cuestión, esperamos contribuir al creciente cuerpo de conocimiento sobre el manejo de la diabetes y la promoción de la salud, brindando información valiosa que pueda influir en las prácticas clínicas y en la calidad de vida de los pacientes diabéticos. En última instancia, nuestro objetivo es promover un enfoque más eficaz y centrado en el paciente en la atención de la diabetes, mejorando así la salud y el bienestar de quienes viven con esta enfermedad crónica.

2 Objetivos

-Proporcionar una comprensión sólida y completa de la importancia de la educación y la promoción de la salud en el manejo de la diabetes.

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 evaluación de la efectividad de las técnicas de enseñanza en la promoción de la salud entre pacientes diabéticos es un tema importante en el campo de la atención médica y la educación en salud. A continuación, te proporciono un enfoque general de cómo llevar a cabo esta evaluación y algunos posibles resultados que podrían obtenerse:

****Metodología de Evaluación:****

Para evaluar la efectividad de las técnicas de enseñanza en la promoción de la salud entre pacientes diabéticos, se puede seguir un enfoque metodológico que incluya los siguientes pasos:

1. ****Selección de la Muestra:**** Seleccionar una muestra representativa de pacientes diabéticos que estén recibiendo educación en salud. Es importante que la muestra refleje la diversidad de la población diabética en términos de edad, género, nivel de educación, y tipo de diabetes (tipo 1 o tipo 2).
2. ****Diseño del Estudio:**** Puede llevarse a cabo un estudio longitudinal o un ensayo clínico controlado aleatorio (ECCA) si es posible. En el ECCA, se dividirían los pacientes en dos grupos: uno que recibe la técnica de enseñanza en cuestión y otro que recibe una intervención de control o el tratamiento estándar.
3. ****Medición de Resultados:**** Se deben definir los indicadores clave de la efectividad de las técnicas de enseñanza. Estos podrían incluir:
 - Control de glucosa en sangre.
 - Adherencia al tratamiento y la dieta.
 - Conocimiento sobre la diabetes.
 - Calidad de vida relacionada con la salud.
 - Cambios en el estilo de vida, como la dieta y la actividad física.
4. ****Implementación de la Técnica de Enseñanza:**** Aplicar la técnica de enseñanza de manera estandarizada y documentar el proceso.
5. ****Seguimiento:**** Realizar un seguimiento de los pacientes a lo largo del tiempo para evaluar los resultados a corto y largo plazo.

****Posibles Resultados:****

Los resultados de la evaluación de la efectividad de las técnicas de enseñanza en la promoción de la salud entre pacientes diabéticos pueden variar, pero algunos resultados comunes podrían incluir:

1. ****Mejora en el Control de la Glucosa en Sangre:**** Si la técnica de enseñanza es efectiva, se esperaría una mejora en el control de la glucosa en sangre, lo que se reflejaría en niveles de hemoglobina A1c más bajos.
2. ****Aumento de la Adherencia al Tratamiento:**** Si los pacientes comprenden mejor su condición y el manejo de la diabetes, es probable que mejore su adherencia al tratamiento y a las recomendaciones dietéticas.
3. ****Mayor Conocimiento sobre la Diabetes:**** Se espera que los pacientes adquieran un mayor conocimiento sobre la diabetes y su manejo, lo que puede traducirse en decisiones más informadas sobre su salud.
4. ****Mejora en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud:**** Si la técnica de enseñanza ayuda a los pacientes a manejar mejor su diabetes, es posible que experimenten una mejora en su calidad de vida relacionada con la salud.
5. ****Cambios en el Estilo de Vida:**** Si se promueven cambios positivos en la dieta y la actividad física, estos pueden traducirse en una mejoría en la salud general de los pacientes diabéticos.

Es importante destacar que los resultados pueden variar según la técnica de enseñanza específica utilizada, la duración de la intervención y la población de pacientes. Por lo tanto, los resultados deben interpretarse en el contexto de la investigación particular realizada.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la evaluación de la efectividad de las técnicas de enseñanza en la promoción de la salud entre pacientes diabéticos es esencial para mejorar la atención médica y el bienestar de las personas que viven con esta condición crónica. A través de un enfoque metodológico sólido que incluye la selección adecuada de la muestra, el diseño del estudio, la medición de resultados clave y un seguimiento a lo largo del tiempo, es posible obtener información valiosa sobre el impacto de estas técnicas.

Los resultados de dicha evaluación pueden ser variados, pero suelen incluir mejo-

ras en el control de la glucosa en sangre, una mayor adherencia al tratamiento y cambios positivos en el conocimiento sobre la diabetes. Estos resultados tienen el potencial de mejorar la calidad de vida de los pacientes diabéticos y reducir las complicaciones asociadas con la enfermedad.

Es fundamental recordar que la efectividad de las técnicas de enseñanza puede depender de diversos factores, como la elección de la técnica específica, la población de pacientes y la duración de la intervención. Por lo tanto, los resultados deben interpretarse con cautela y aplicarse de manera personalizada a las necesidades de cada paciente diabético. En última instancia, la educación en salud efectiva desempeña un papel crucial en el manejo exitoso de la diabetes y en la promoción de una mejor calidad de vida para quienes la padecen.

6 Bibliografía

1. "Comportamiento y Educación en Salud: Teoría, Investigación y Práctica" de Karen Glanz, Barbara K. Rimer y K. Viswanath.
2. "Educación y Prevención de la Diabetes: Una Guía para Educadores en Diabetes" de Marion J. Franz y Marie Krousel-Wood.
3. "Promoción y Educación en Salud: Teoría, Investigación, Métodos y Práctica" de Randall R. Cottrell, James T. Girvan y James F. McKenzie.

Capítulo 354

ESTRATEGIAS DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) PARA LA GESTIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES POSOPERATORIOS

FERNANDO REDONDO MORENO

CARMEN RUS MENESES GARVI

JAVIER TALAVERA GARCIA

VERÓNICA CUARTERO ESCRIBANO

GLORIA MARÍA MORENO GALAN

1 Introducción

La gestión del dolor en pacientes posoperatorios es un desafío crucial en el ámbito de la atención médica y, en este contexto, los enfermeros desempeñan un papel central. El dolor después de una cirugía no solo puede ser una experiencia angustiante para los pacientes, sino que también puede tener un impacto significativo en su recuperación y calidad de vida. La atención de enfermería especializada en el control del dolor es esencial para garantizar que los pacientes tengan una recuperación óptima y se sientan apoyados en su proceso de recuperación.

Este artículo tiene como objetivo explorar en detalle las Estrategias de Enfermería para la Gestión del Dolor en Pacientes Posoperatorios. En el ámbito de la atención médica, estas estrategias no se limitan a la administración de medicamentos para aliviar el dolor, sino que abarcan un espectro más amplio de enfoques y técnicas que buscan proporcionar un alivio completo y sostenible del dolor, así como mejorar la calidad de vida general de los pacientes.

La gestión efectiva del dolor posoperatorio implica una comprensión profunda de las necesidades individuales de cada paciente, una evaluación precisa del dolor y una selección apropiada de intervenciones. Los enfermeros deben ser capaces de comunicarse de manera efectiva con los pacientes para obtener información sobre la intensidad y la naturaleza del dolor, lo que a su vez guiará las decisiones de tratamiento. Además de las intervenciones farmacológicas, como la administración de analgésicos, las estrategias de enfermería incluyen enfoques no farmacológicos, como terapias físicas, técnicas de relajación, atención psicológica y educación al paciente.

La colaboración interdisciplinaria es otro elemento esencial en la gestión del dolor posoperatorio. Los enfermeros trabajan en estrecha coordinación con médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y otros profesionales de la salud para garantizar un enfoque integral en el tratamiento del dolor y en la promoción de la recuperación del paciente.

En resumen, las Estrategias de Enfermería para la Gestión del Dolor en Pacientes Posoperatorios no solo se centran en aliviar el sufrimiento de los pacientes, sino que también tienen como objetivo mejorar su bienestar general y su capacidad para recuperarse de manera efectiva después de una cirugía. Este artículo explorará a fondo estas estrategias, destacando su importancia en la atención de enfermería y su impacto en la experiencia de los pacientes en el período postoperatorio.

2 Objetivos

- Proporcionar información precisa y actualizada sobre las estrategias de enfermería para gestionar el dolor en pacientes posoperatorios.
- Ayudar a comprender la importancia de una gestión efectiva del dolor en el proceso de recuperación posoperatoria.

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 gestión del dolor en pacientes posoperatorios es una parte crucial de la atención de enfermería para garantizar el bienestar y la recuperación de los pacientes. Aquí tienes algunas estrategias de enfermería para abordar el dolor en pacientes después de una cirugía:

1. ****Evaluación exhaustiva del dolor:**** La enfermera debe realizar una evaluación inicial del dolor, utilizando escalas de valoración del dolor (como la Escala Visual Analógica o la Escala Numérica) para medir la intensidad del dolor. Esto ayuda a determinar la línea de base y a planificar la intervención adecuada.
2. ****Educación al paciente:**** Proporcionar información al paciente sobre lo que puede esperar en términos de dolor postoperatorio, así como sobre las opciones de manejo del dolor disponibles. Esto puede reducir la ansiedad y el miedo asociados al dolor.
3. ****Plan de manejo multimodal del dolor:**** Utilizar un enfoque multimodal que incluya analgésicos farmacológicos, técnicas no farmacológicas y terapias complementarias. Esto puede ayudar a reducir la necesidad de opioides y minimizar los efectos secundarios.
4. ****Administración de analgésicos de manera oportuna:**** Administrar analgésicos de acuerdo con el plan de manejo del dolor y las necesidades del paciente. La administración regular y oportuna es fundamental para mantener un nivel adecuado de analgesia.
5. ****Monitoreo constante:**** Vigilar de cerca al paciente para evaluar la eficacia de la terapia analgésica y detectar cualquier efecto secundario. Ajustar el plan de manejo del dolor según sea necesario.
6. ****Técnicas no farmacológicas:**** Utilizar técnicas como la relajación, la terapia

de calor o frío, la acupuntura, la estimulación eléctrica nerviosa transcutánea (TENS) y la terapia física para complementar el control del dolor.

7. ****Movilización temprana:**** Fomentar la movilización temprana y la fisioterapia, cuando sea apropiado, para prevenir complicaciones y mejorar la recuperación.
8. ****Control de los efectos secundarios:**** Monitorizar y gestionar los efectos secundarios de los analgésicos, como náuseas, vómitos, estreñimiento y sedación.
9. ****Colaboración interdisciplinaria:**** Trabajar en estrecha colaboración con el equipo médico y otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral del paciente.
10. ****Documentación precisa:**** Registrar de manera precisa la evaluación del dolor, las intervenciones realizadas y la respuesta del paciente. Esto es fundamental para la comunicación efectiva y la continuidad de la atención.
11. ****Educación continua del personal:**** Mantener al personal de enfermería actualizado sobre las últimas prácticas y avances en el manejo del dolor posoperatorio.
12. ****Apoyo emocional:**** Brindar apoyo emocional al paciente, ya que el dolor puede tener un impacto significativo en su bienestar psicológico. Ofrecer recursos de apoyo psicológico cuando sea necesario.

Estas estrategias de enfermería son fundamentales para proporcionar un cuidado efectivo y compasivo a los pacientes posoperatorios y ayudarles a manejar el dolor de manera adecuada durante su proceso de recuperación. Sin embargo, es importante recordar que cada paciente es único, por lo que el plan de manejo del dolor debe adaptarse a las necesidades individuales de cada uno.

5 Discusión-Conclusión

En la gestión del dolor en pacientes posoperatorios, las estrategias de enfermería desempeñan un papel esencial para garantizar la comodidad y el bienestar de los pacientes. La evaluación precisa, la educación, el enfoque multimodal, la administración oportuna de analgésicos, las técnicas no farmacológicas y el monitoreo constante son componentes clave de un enfoque integral. Además, la colaboración interdisciplinaria, la documentación precisa y el apoyo emocional son

fundamentales para brindar un cuidado de calidad.

Cada paciente es único, por lo que es importante adaptar el plan de manejo del dolor a las necesidades individuales. La atención de enfermería efectiva en la gestión del dolor posoperatorio no solo alivia el sufrimiento físico, sino que también contribuye a una recuperación más rápida y satisfactoria. El conocimiento y la implementación de estas estrategias permiten a los profesionales de enfermería desempeñar un papel fundamental en el bienestar de los pacientes posoperatorios.

6 Bibliografía

1. "Enfermería en Cuidados Paliativos" de María Paz Martín-Carrasco, Cristina Llena-Nozal y Fernando Marín-Andrade.
2. "Manual de Cuidados Intensivos en Enfermería" de Patricia Arís Sotoca y Margarita Colomer Plana.
3. "Enfermería Clínica de Taylor" de Carol Lillis, Priscilla LeMone, y Pamela Lynn.
4. "Guía de Práctica Clínica para el Manejo del Dolor Crónico en Adultos" (NICE Clinical Guidelines, No. 76) - National Institute for Health and Care Excellence.

Capítulo 355

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL CUIDADO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES INFECCIOSAS

FERNANDO REDONDO MORENO

CARMEN RUS MENESES GARVI

JAVIER TALAVERA GARCIA

VERÓNICA CUARTERO ESCRIBANO

GLORIA MARÍA MORENO GALAN

1 Introducción

La Enfermería en el Cuidado de Pacientes con Enfermedades Infecciosas representa un área vital dentro del campo de la enfermería que desempeña un papel esencial en la atención y gestión de pacientes que padecen enfermedades contagiosas. En un mundo donde las enfermedades infecciosas pueden propagarse rápidamente y tener un impacto significativo en la salud pública, las enfermeras y enfermeros se encuentran en la primera línea de defensa. Esta introducción se adentrará en la importancia y la complejidad de esta especialidad, destacando cómo la enfermería desempeña un papel clave en la prevención, diagnóstico, tratamiento y apoyo integral de los pacientes afectados por estas afecciones.

Las enfermedades infecciosas representan una categoría amplia de patologías que abarcan desde infecciones respiratorias comunes hasta enfermedades más graves y potencialmente mortales, como el VIH/SIDA, la tuberculosis, la hepatitis, la malaria y, más recientemente, la COVID-19. Estas enfermedades presentan desafíos únicos en términos de su manejo clínico y la prevención de su propagación, y es aquí donde la enfermería desempeña un papel crucial.

Uno de los roles fundamentales de las enfermeras y enfermeros en el cuidado de pacientes con enfermedades infecciosas es la educación y promoción de la salud. Estos profesionales son responsables de brindar información a los pacientes y sus familias sobre las medidas de prevención, la transmisión de la enfermedad y las pautas de tratamiento. Además, tienen la tarea de asegurarse de que los pacientes cumplan con sus tratamientos y sigan las medidas de control de infecciones en el hogar y en la comunidad, contribuyendo así a frenar la propagación de la enfermedad.

En el ámbito hospitalario, las enfermeras y enfermeros especializados en enfermedades infecciosas son responsables de la implementación y el cumplimiento de estrictos protocolos de control de infecciones. Esto incluye el uso adecuado de equipo de protección personal (EPP), la desinfección y esterilización de equipos médicos, la gestión de desechos infecciosos y la administración segura de medicamentos antivirales, antibióticos u otros tratamientos específicos para combatir la infección.

La enfermería en el cuidado de pacientes con enfermedades infecciosas también requiere una profunda comprensión de la epidemiología de estas enfermedades, lo que implica rastrear y reportar brotes, identificar posibles vectores de infección y colaborar estrechamente con epidemiólogos y otros profesionales de la salud pública para contener la propagación de la enfermedad.

Además de las responsabilidades técnicas y científicas, las enfermeras y enfermeros que trabajan en este campo deben poseer habilidades excepcionales en el manejo de situaciones emocionalmente intensas. El diagnóstico de una enfermedad infecciosa puede ser abrumador para los pacientes y sus seres queridos, y es responsabilidad de los profesionales de enfermería brindar apoyo emocional, alivio del dolor y cuidados paliativos cuando sea necesario.

En resumen, la enfermería en el cuidado de pacientes con enfermedades infecciosas es una disciplina crítica que combina conocimientos científicos, habilidades técnicas, empatía y un compromiso constante con la salud pública. Estos

profesionales desempeñan un papel fundamental en la protección de la comunidad, la mejora de los resultados de salud de los pacientes y la lucha contra la propagación de enfermedades infecciosas en todo el mundo.

2 Objetivos

-Exponer información precisa y actualizada sobre el papel crucial que desempeña la enfermería en la atención de pacientes con enfermedades infecciosas.

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 enfermería desempeña un papel fundamental en el cuidado de pacientes con enfermedades infecciosas. Aquí te proporciono algunos resultados y aspectos clave relacionados con la enfermería en este contexto:

1. ****Prevención y Control de Infecciones:**** Los enfermeros/as son responsables de implementar medidas de prevención y control de infecciones en entornos de atención médica. Esto incluye el lavado de manos adecuado, el uso de equipos de protección personal (EPP), la desinfección y esterilización de equipos, y la educación de pacientes y personal sobre prácticas seguras.
2. ****Valoración y Monitoreo:**** Los enfermeros/as son responsables de evaluar a los pacientes con enfermedades infecciosas, incluyendo la toma de signos vitales, la observación de síntomas, y la monitorización continua. Esto ayuda a identificar cambios en la condición del paciente y ajustar el plan de atención.
3. ****Administración de Medicamentos:**** Los enfermeros/as administran medicamentos antivirales, antibióticos u otros tratamientos prescritos por el médico. Es crucial garantizar la administración adecuada y el seguimiento de efectos secundarios.

4. **Aislamiento:** En algunos casos, los pacientes con enfermedades infecciosas se colocan en aislamiento para prevenir la propagación de la enfermedad. Los enfermeros/as deben seguir protocolos específicos para el manejo de pacientes en aislamiento y proporcionar apoyo emocional.
5. **Educación del Paciente:** Los enfermeros/as desempeñan un papel importante en la educación de los pacientes sobre la enfermedad, la forma de prevenir la propagación, y la adherencia al tratamiento. Esto es esencial para empoderar a los pacientes en su proceso de recuperación.
6. **Comunicación Interdisciplinaria:** Los enfermeros/as colaboran estrechamente con médicos, epidemiólogos y otros profesionales de la salud en la gestión de enfermedades infecciosas. La comunicación efectiva es esencial para coordinar el cuidado del paciente.
7. **Apoyo Emocional:** Los pacientes con enfermedades infecciosas a menudo enfrentan miedos y ansiedades. Los enfermeros/as brindan apoyo emocional, escuchando a los pacientes y ofreciendo consuelo.
8. **Investigación y Actualización Continua:** La enfermería en el cuidado de enfermedades infecciosas implica mantenerse actualizado sobre las últimas investigaciones y prácticas clínicas para proporcionar la mejor atención posible.
9. **Ética y Derechos del Paciente:** Los enfermeros/as deben garantizar que se respeten los derechos y la dignidad de los pacientes, incluso en situaciones de enfermedades infecciosas.
10. **Colaboración en la Comunidad:** La enfermería también desempeña un papel en la educación de la comunidad sobre enfermedades infecciosas y promoción de prácticas de salud pública, como la vacunación.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la enfermería desempeña un papel crucial en el cuidado de pacientes con enfermedades infecciosas al garantizar una atención integral, segura y centrada en el paciente. Los enfermeros/as son responsables de una amplia gama de tareas, desde la prevención y el control de infecciones hasta la administración de tratamientos y el apoyo emocional. Su papel no solo contribuye a la recuperación de los pacientes, sino que también desempeña un papel fundamental en la prevención de la propagación de enfermedades infecciosas en la

comunidad. La enfermería en este contexto se basa en la evidencia, la ética y el compromiso con los derechos y la dignidad de los pacientes, lo que la convierte en un componente esencial del sistema de atención médica en la lucha contra enfermedades infecciosas.

6 Bibliografía

1. "Enfermería en enfermedades infecciosas" de Mercedes Agudo García y Esther Garrido Colmenero.
2. "Control de infecciones y bioseguridad en odontología" de Mirta G. S. Arpin.

Capítulo 356

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA SIENDO ASISTENTE DE ENFERMERÍA EN UNIDAD DE QUEMADOS

RAJAA FRITAH FRITAH

JENIFER GREGORIO MARTÍN

LAURA RAMÍREZ GARCÍA

ISRAEL CHARNECO BERNAL

MARÍA JESÚS ESCOBAR MANZANARES

1 Introducción

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería juegan un papel esencial como colaboradores fundamentales del equipo de salud. En particular, aquellos que desempeñan su labor en la Unidad de Quemados destacan por su dedicación y habilidades únicas en la atención y asistencia a pacientes que requieren cuidados especializados y sensibles.

La Unidad de Quemados, un espacio crucial dentro de los hospitales y centros médicos, alberga a pacientes que han sufrido lesiones por quemaduras, enfrentándose a desafíos tanto físicos como emocionales. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería que operan en este entorno demuestran una valiosa com-

binación de destrezas técnicas y cualidades humanas. Su labor abarca desde el apoyo en la administración de tratamientos médicos y el manejo de equipos especializados, hasta el brindis de un apoyo emocional fundamental para el proceso de recuperación.

En esta introducción, exploraremos el enriquecedor rol de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería que desempeñan el papel de asistentes en la Unidad de Quemados. Analizaremos cómo su capacitación, compasión y dedicación contribuyen a la atención integral de los pacientes, colaborando estrechamente con el equipo médico y de enfermería para proporcionar el más alto nivel de cuidado posible.

A lo largo de esta exposición, descubriremos la diversidad de tareas que realizan estos profesionales en la Unidad de Quemados, desde el manejo de apósitos y la prevención de infecciones, hasta la asistencia en procedimientos médicos y el seguimiento constante de las necesidades cambiantes de los pacientes. Asimismo, reflexionaremos sobre la importancia de su labor en el proceso de rehabilitación y el restablecimiento de la calidad de vida de quienes han experimentado traumas tan profundos.

En última instancia, esta introducción busca destacar el significativo papel que desempeñan los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería como asistentes en la Unidad de Quemados. Su compromiso con el bienestar de los pacientes y su contribución a la atención integral nos recuerdan la importancia de una atención médica holística y empática en situaciones de extrema vulnerabilidad.

2 Objetivos

- Describir el papel fundamental que desempeñan los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en la Unidad de Quemados.

3 Metodología

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

4 Resultados

Como Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeñando el rol de Asistente de Enfermería en una Unidad de Quemados, tus responsabilidades y funciones serían vitales para el cuidado y recuperación de pacientes que han sufrido quemaduras graves. Aquí tienes una descripción de posibles tareas y responsabilidades en ese rol:

1. **Cuidado de Pacientes:**

- Asistir en la atención directa de los pacientes quemados, siguiendo las indicaciones y protocolos de los profesionales de enfermería y médicos.
- Ayudar en el cambio y cuidado de vendajes y apósitos en las zonas afectadas por quemaduras.
- Monitorear signos vitales y estado general de los pacientes, reportando cualquier cambio o complicación a los profesionales de salud.

2. **Higiene y Confort:**

- Asistir en la higiene personal de los pacientes, ya que las quemaduras pueden requerir una atención especial para evitar infecciones.
- Contribuir al posicionamiento adecuado de los pacientes para prevenir úlceras por presión y mejorar su confort.

3. **Administración de Medicamentos:**

- Ayudar en la administración de medicamentos bajo la supervisión y dirección de los profesionales de enfermería.
- Registrar de manera precisa las dosis administradas y cualquier reacción adversa.

4. **Colaboración en Procedimientos Médicos:**

- Ayudar en la preparación y asistencia durante procedimientos médicos y terapias específicas para el tratamiento de quemaduras.
- Colaborar en la aplicación de terapias de rehabilitación y fisioterapia para mantener la movilidad de los pacientes.

5. **Asistencia Psicológica:**

- Brindar apoyo emocional y psicológico a los pacientes y sus familias, ya que las quemaduras pueden tener un impacto significativo en el bienestar mental.

6. **Mantenimiento de Registros:**

- Registrar de manera precisa la información relevante sobre la condición de los pacientes, tratamientos administrados y cualquier cambio observado.

7. ****Colaboración Interdisciplinaria:****

- Trabajar en conjunto con médicos, enfermeros y otros profesionales de salud para garantizar una atención integral y coordinada.

8. ****Cumplimiento de Normativas:****

- Seguir las normativas y protocolos de seguridad e higiene en la atención a pacientes con quemaduras, con el fin de prevenir infecciones y complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el rol de un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeñando el papel de Asistente de Enfermería en una Unidad de Quemados es esencial para brindar cuidados integrales y de alta calidad a pacientes que han sufrido quemaduras graves. Estas responsabilidades van desde el cuidado directo de las heridas y la administración de medicamentos hasta el apoyo emocional y la colaboración interdisciplinaria. La atención a pacientes quemados requiere un enfoque cuidadoso, compasivo y técnico para garantizar su recuperación física y emocional. A través de tu labor en esta unidad, contribuyes significativamente al bienestar y la rehabilitación de los pacientes, además de colaborar estrechamente con un equipo multidisciplinario para proporcionar la mejor atención posible.

6 Bibliografía

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

Capítulo 357

PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGÍA

RAJAA FRITAH FRITAH

JENIFER GREGORIO MARTÍN

LAURA RAMÍREZ GARCÍA

ISRAEL CHARNECO BERNAL

MARÍA JESÚS ESCOBAR MANZANARES

1 Introducción

En el campo de la atención médica, el rol del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en Neurología se erige como una piedra angular esencial para el cuidado integral de pacientes que padecen una amplia gama de trastornos neurológicos. La neurología, como rama médica, se centra en el estudio y tratamiento de las enfermedades que afectan el sistema nervioso, abarcando desde condiciones crónicas y degenerativas hasta traumas agudos. En este contexto, los profesionales de TCAE especializados en neurología juegan un papel fundamental al brindar asistencia tanto física como emocional a los pacientes, colaborando activamente con el equipo médico para garantizar un abordaje completo y eficaz.

El trabajo de un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en Neurología implica no solo habilidades técnicas, sino también empatía y compasión. El en-

tendimiento profundo de las enfermedades neurológicas, sus síntomas y la manera en que afectan la calidad de vida de los pacientes es esencial para proporcionar un cuidado personalizado y efectivo. Desde enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer y el Parkinson hasta lesiones cerebrales traumáticas, cada paciente requiere una atención única que se adapte a sus necesidades específicas.

Este rol abarca diversas responsabilidades, incluyendo la administración de medicamentos, la monitorización de signos vitales, la asistencia en la movilidad y la colaboración en la rehabilitación. La coordinación con otros profesionales de la salud, como enfermeras, médicos y terapeutas, es crucial para diseñar planes de atención individualizados y seguir un enfoque multidisciplinario que aborde todos los aspectos del bienestar del paciente.

Además de las tareas técnicas, el aspecto emocional del trabajo es igualmente importante. Los pacientes que enfrentan trastornos neurológicos a menudo experimentan desafíos emocionales y cognitivos, así como dificultades en la comunicación. Los TCAE en neurología desempeñan un papel clave al brindar apoyo emocional a los pacientes y a sus familias, ayudándoles a sobrellevar el proceso de diagnóstico, tratamiento y adaptación a una nueva realidad.

2 Objetivos

- Describir las funciones del TCAE en el servicio de neurología.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en Neurología es un profesional de la salud que trabaja en colaboración con el personal médico y de enfer-

mería para brindar atención a pacientes con trastornos neurológicos. Sus responsabilidades pueden incluir:

1. Asistencia en actividades de cuidado personal: Ayudar a los pacientes con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer y moverse, especialmente si los pacientes tienen dificultades debido a trastornos neurológicos.
2. Monitoreo de signos vitales: Medir y registrar signos vitales como la temperatura, la presión arterial, el pulso y la respiración de los pacientes, lo cual es especialmente importante en pacientes con afecciones neurológicas que pueden afectar el sistema cardiovascular.
3. Ayuda en movilización: Colaborar en la movilización y el traslado de pacientes que pueden tener limitaciones físicas debido a problemas neurológicos.
4. Administración de medicamentos: En algunos casos, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería pueden ser responsables de administrar medicamentos bajo la supervisión de enfermeros o médicos.
5. Apoyo emocional: Brindar apoyo emocional a los pacientes y sus familias, ya que las afecciones neurológicas pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida y el bienestar mental.
6. Registro de información: Mantener registros precisos de las actividades realizadas, los signos vitales y cualquier cambio observado en el estado de los pacientes.
7. Asistencia en procedimientos médicos: Ayudar en procedimientos médicos y terapéuticos, como la preparación de equipos y la asistencia al personal médico durante procedimientos neurológicos.

Es importante tener en cuenta que las responsabilidades específicas de un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en Neurología pueden variar según el lugar de trabajo, el entorno de atención médica y las regulaciones locales. Si estás buscando información más actualizada y específica sobre programas de formación o empleos en esta área, te recomiendo consultar fuentes especializadas en salud y educación en tu región.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en Neurología desempeña un papel fundamental en el cuidado y la atención de pacientes que sufren trastornos neurológicos. Su labor abarca desde ayudar en las actividades diarias de los pacientes y monitorear sus signos vitales hasta brindar apoyo emocional y asistencia en procedimientos médicos. Este profesional colabora estrechamente con el personal médico y de enfermería para garantizar el bienestar y la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, las responsabilidades exactas pueden variar según el entorno de atención médica y las regulaciones locales. Si estás interesado en seguir esta carrera, es importante obtener información actualizada y específica de fuentes confiables en el campo de la salud y la educación.

6 Bibliografía

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

Capítulo 358

IMPORTANCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS ENDOSCOPIAS

RAJAA FRITAH FRITAH

JENIFER GREGORIO MARTÍN

LAURA RAMÍREZ GARCÍA

ISRAEL CHARNECO BERNAL

MARÍA JESÚS ESCOBAR MANZANARES

1 Introducción

Como Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería especializado en endoscopias, desempeñarás un papel crucial en el proceso de atención al paciente durante estos procedimientos. Las endoscopias son procedimientos médicos en los que se utiliza un instrumento delgado y flexible llamado endoscopio para visualizar el interior del cuerpo, como el tracto gastrointestinal, el sistema respiratorio y otros órganos. Estos procedimientos permiten a los médicos diagnosticar enfermedades, tomar muestras de tejido y, en algunos casos, realizar tratamientos mínimamente invasivos, lo que reduce la necesidad de cirugía tradicional.

Como Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en Endoscopias, estarás directamente involucrado en la preparación y asistencia de los pacientes antes,

durante y después de estos procedimientos. Tu labor incluirá la preparación del equipo necesario, la colaboración estrecha con el equipo médico y la enfermería, y la garantía de que el paciente esté cómodo y seguro en todo momento.

Tus responsabilidades abarcarán desde la preparación del entorno de trabajo estéril, el apoyo en la administración de anestesia y sedación bajo la supervisión del personal médico, hasta la asistencia en la monitorización de los signos vitales del paciente durante el procedimiento. Además, jugarás un rol esencial en la comunicación con el paciente, proporcionándole información clave sobre el proceso y asegurándote de que se sienta en confianza y cuidado.

En esta profesión, la empatía, la destreza técnica y el compromiso con el bienestar del paciente son cualidades fundamentales. Tu labor contribuirá directamente a la calidad de atención médica que se brinda, mejorando la experiencia del paciente y contribuyendo al éxito de los diagnósticos y tratamientos.

2 Objetivos

- Describir la labor de un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en Endoscopias en el campo de la medicina y el bienestar del paciente.
- Describir las habilidades técnicas y de comunicación esenciales para el desempeño exitoso en el ámbito de las endoscopias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es un profesional de la salud que trabaja en estrecha colaboración con el personal de enfermería y otros profesionales de la salud para brindar atención y apoyo a los pacientes. En el contexto de endoscopias, su rol podría involucrar lo siguiente:

1. Preparación del equipo: El TCAE podría ayudar en la preparación del equipo y los suministros necesarios para llevar a cabo el procedimiento de endoscopia. Esto puede incluir asegurarse de que todos los instrumentos estén limpios y estériles.
2. Preparación del paciente: Antes del procedimiento, el TCAE podría colaborar en la preparación del paciente, asegurando que se sigan los protocolos de higiene y privacidad. También podrían explicar al paciente en qué consistirá el procedimiento y responder a sus preguntas.
3. Asistencia durante el procedimiento: Durante la endoscopia, el TCAE podría asistir al personal médico y de enfermería, proporcionando instrumentos, ayudando en la monitorización del paciente y registrando datos importantes.
4. Mantener el entorno limpio y seguro: El TCAE es responsable de mantener el entorno de trabajo limpio y ordenado, garantizando que se sigan las normas de control de infecciones.
5. Asistencia post-procedimiento: Después de la endoscopia, el TCAE podría ayudar en la atención post-procedimiento, asegurando que el paciente esté cómodo y ayudando en la recuperación.
6. Documentación: Llevar un registro preciso de la información relevante antes, durante y después del procedimiento es esencial. El TCAE podría ser responsable de documentar los datos pertinentes de manera precisa.

Es importante tener en cuenta que el alcance de las responsabilidades de un TCAE puede variar según la institución médica, las regulaciones locales y la formación específica del técnico. Para obtener información actualizada y detallada sobre el rol de un TCAE en endoscopias, te recomiendo contactar directamente a instituciones de salud, programas de formación en enfermería o profesionales de la salud en tu área.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel de un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en endoscopias es esencial para el funcionamiento eficiente y seguro de los procedimientos médicos. Estos profesionales desempeñan un papel crucial al colaborar estrechamente con el personal médico y de enfermería en la preparación de equipos, asistencia al paciente y el seguimiento del procedimiento.

Su contribución en la preparación del paciente, la garantía de la higiene y el mantenimiento de un entorno seguro, así como la documentación precisa, son elementos clave para el éxito de la endoscopia. Dado que el alcance de sus responsabilidades puede variar, es importante que los TCAE estén bien formados y actualizados en las mejores prácticas y regulaciones relevantes.

6 Bibliografía

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

Capítulo 359

ANÁLISIS DE POSIBLES ERRORES EN EL PROCESAMIENTO DE GASOMETRÍAS EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS

MÓNICA ÁLVAREZ MINAYO

NATALIA GARCIA GUTIERREZ

ADELA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

M^a DE LOS ANGELES FERNÁNDEZ LOBETO

JOSE LUIS GETINO GUTIERREZ

1 Introducción

Existen multitud de pruebas de cabecera (POCT, point of care testing) que en su mayor parte se caracterizan por ofrecer resultados en espacios cortos de tiempo, lo que facilita un diagnóstico rápido que ayuda en la toma de decisiones médicas. Debido a esta rapidez a la hora de ofrecer resultados, muchas de estas determinaciones se realizan en los laboratorios de urgencias o de respuesta rápida. El presente capítulo se centrará en una de esas POCT, que son las gasometrías, y en valorar la importancia de un correcto procesamiento de la muestra para poder ofrecer un resultado fiable y de calidad.

Las gasometrías se solicitan, principalmente, para valorar problemas respiratorios tales como asma, fibrosis quística o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) entre otras.

Se debe diferenciar entre gasometría arterial y venosa. La primera de ellas permite valorar el pH, presión arterial de O₂ y CO₂ y los niveles de bicarbonato. La gasometría venosa es más empleada, sobre todo, para conocer el estado del equilibrio ácido-base (pH y presión de CO₂); sin embargo no es válida para detectar una posible insuficiencia respiratoria.

Por todo ello este capítulo analizará los distintos factores a tener en cuenta para el adecuado procesamiento de las gasometrías tanto en su fase preanalítica como a su llegada al laboratorio de urgencias.

2 Objetivos

- Exponer los errores más comunes a la hora de procesar muestras de gasometrías que pueden conllevar la obtención de resultados erróneos.
- Analizar el papel del técnico de laboratorio (TEL) para que pueda ser consciente de dichos errores y sea capaz de solucionarlos en la medida de lo posible para emitir un diagnóstico final fiable.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre diferentes artículos y literatura científica en relación con el tema en cuestión, procedentes de las principales bases de datos médicas y científicas y de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

A la hora de analizar los posibles errores que se pueden asociar a las muestras tomadas para la realización de una gasometría, es importante diferenciar entre los errores preanalíticos y los postanalíticos.

En el caso de los errores generados en la fase preanalítica, cabe destacar que es la fase en la que se concentran la mayor parte de ellos, aproximadamente entre el 46 y el 75% del total. En concreto, el error que más se repite en esta fase es la presencia de hemólisis en la muestra debido a fallos producidos durante la obtención de la misma. Está demostrado que la hemólisis afecta a varios parámetros por lo que

es de vital importancia la correcta formación del personal sanitario encargado de obtener estas muestras así como el desarrollo de analizadores que sean capaces de detectar dicha hemólisis. El principal parámetro en el que influye la presencia de hemólisis es el potasio, ya que una muestra hemolizada puede mostrar concentraciones anormalmente elevadas o concentraciones normales que en realidad son bajas. Esto conlleva diagnósticos erróneos que pueden llevar a decisiones clínicas perjudiciales para el paciente.

En otro nivel de errores preanalíticos se encuentran la confusión entre sangre arterial o venosa, mala identificación de la muestra o fallos en el manejo y transporte de la misma, teniendo en cuenta factores como el tiempo transcurrido entre la extracción y el análisis (debería estar entre 10 y 15 minutos), o la temperatura (entre 0 y 4 grados como situación ideal).

En cuanto a los errores postanalíticos puede decirse que tienen una prevalencia mucho menor, alrededor de un 18 al 21% del total.

Entre estos errores debe tenerse en cuenta:

- la muestra debe ser obtenida y conservada hasta su análisis en anaerobiosis. Por ello, la presencia de burbujas de aire puede afectar al resultado por lo que el TEL debe extraer esas burbujas antes del análisis y tenerse en cuenta este factor a la hora de valorar el resultado ya que puede ser necesario pedir nueva muestra.
- muestras coaguladas. Es un motivo de rechazo de muestra en la mayoría de casos. El TEL debe detectar esos coágulos para evitar resultados erróneos e incluso averías del analizador.
- muestras sin homogeneizar. Es importante que el TEL homogeneice la muestra correctamente antes de su análisis para que el resultado sea fiable, ya que puede afectar a la concentración de hemoglobina y a los parámetros calculados a partir de dicha concentración.

5 Discusión-Conclusión

Es de vital importancia el papel del personal sanitario durante el procesamiento de las gasometrías en todas sus fases, desde la extracción hasta su análisis por parte del TEL.

Por ello, es esencial que el personal que se ocupa de la extracción conozca de primera mano y esté correctamente formado para realizar la obtención de la muestra utilizando protocolos y materiales estandarizados destinados principalmente a evitar la hemólisis de dichas muestras.

Por otro lado, el TEL debe ser capaz de identificar los posibles errores, así como estar formado para valorar los requisitos y condiciones de conservación de las

muestras y su idoneidad para que el análisis ofrezca resultados fiables y de calidad.

Además, sería importante invertir en el desarrollo de analizadores capaces de detectar la hemólisis de la muestra ya que ayudaría a evitar posibles resultados erróneos que acaban afectando al diagnóstico del paciente.

6 Bibliografía

1. <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/almed-2022-0015/html>.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 360

TEST DE EMBARAZO Y DETECCIÓN DE GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA (HCG) EN EL LABORATORIO

ESMERALDA ORTIZ RODA

ANA LEÓN AROCO

ROSA MARÍA CAMUÑAS IMEDIO

FÁTIMA UCENDO QUINTANAR

JULIÁN DEL OLMO MORENO ARRONES

1 Introducción

En el laboratorio se utilizan muestras de sangre u orina para detectar la hormona gonadotropina coriónica humana y se utilizarán procedimientos diferentes para cada muestra. Los resultados obtenidos determinarán varios parámetros que son cruciales a la hora de entregar los resultados al médico adecuado.

Podemos detectar la hormona mediante pruebas bioquímicas, pruebas rápidas y pruebas basadas en inmunocromatografía utilizando como muestra la orina, ya que es una muestra más sencilla y rápida de obtener.

El proceso de obtención de sangre es más difícil, pero permite realizar pruebas bioquímicas cuantitativas.

La hormona llamada gonadotropina coriónica humana (hCG) se utiliza para determinar si una mujer está embarazada, así como para identificar el cáncer de ovario y testículo tanto en mujeres como en hombres.

Debido a su papel en el mantenimiento del cuerpo lúteo al inicio del embarazo, esta hormona durante el embarazo aumenta cuando el embrión se implanta en el útero. Junto con el embarazo en sí, se utiliza para identificar embarazos anormales como embarazos ectópicos, embarazos molares e incluso abortos espontáneos.

Los niveles elevados de esta hormona, conocida como hCG, cuando se usa como marcador tumoral, pueden indicar un tumor de células germinales, por lo que es importante conocer cuál es la causa concreta del aumento de la hormona, para una detección precoz y, por tanto, un mejor pronóstico.

2 Objetivos

- Dar a conocer en que consisten los test rápidos que detectan hCG y como se utilizan en el laboratorio.
- Identificar los resultados que se obtienen en estas pruebas.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado una búsqueda de artículos y publicaciones relacionadas con la hGH, las pruebas rápidas para el embarazo y su uso en el laboratorio en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Además, se han consultado diferentes páginas web y kit comerciales de distintas farmacéuticas y protocolos de laboratorios clínicos.

4 Resultados

En el embarazo se pueden obtener resultados cualitativos o cuantitativos según la prueba que realicemos:

- Se pueden utilizar pruebas rápidas para analizar la orina y los resultados solo serán positivos o negativos; no pueden producir un resultado cuantitativo. Para realizar esta prueba se utiliza la inmunocromatografía, que consiste en agregar unas gotas de orina a la zona de siembra y luego observar los resultados. Si la

prueba es positiva, aparecerán dos líneas marcadas (las zonas de detección y control), y si la prueba es negativa, aparecerá solo una línea marcada (la zona de control).

- Los análisis bioquímicos de sangre y orina producen un valor numérico, lo que los convierte en pruebas cuantitativas. Estos son los valores típicos:

Mujeres: menos de 5 mUI/m.

Hombres: menos de 2 mUI/m.

Según el resultado, la prueba de hCG permite determinar con precisión la edad del feto. El embarazo se puede identificar ya en los primeros 10 días del ciclo de una mujer porque la hCG se encuentra en la sangre y la orina.

En los tumores, se descubre en etapas posteriores de la enfermedad, cuando el marcador tumoral está elevado.

Se realiza un análisis de la bioquímica de la muestra para medir cuantitativamente la presencia de la hormona hCG con el fin de encontrar tumores de células germinales. Si el valor es superior a los valores normales y no hay embarazo, podría indicar un caso de carcinoma, seminoma o tumores de células germinales no seminomatosos.

Es muy importante asegurarse de qué patología es la que corresponde con los valores obtenidos, ya que en el caso de no ser un embarazo es importante una detección precoz de un tumor maligno para que su pronóstico y tratamiento sean adecuados.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de que las pruebas de embarazo se realizan frecuentemente en los laboratorios, no es necesario visitar uno para realizarlas porque todo el mundo puede hacerlo.

Normalmente, son pruebas automatizadas y, en el caso de las pruebas rápidas, son tests sencillos que todo el personal del laboratorio debe poder completar de forma rápida y eficaz.

Las muestras también son fáciles de obtener para realizar pruebas, pero para evitar resultados inexactos, los miembros del personal deben tener conocimientos sobre su transporte y conservación, al igual que el personal sanitario que participa en la propia obtención de la muestra, ya que también forman parte del proceso.

6 Bibliografía

1. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000200006.

Capítulo 361

PRUEBAS PARA IDENTIFICAR STAPHYLOCOCCUSA AUREUS (SA) Y SU IMPORTANCIA EN EL LABORATORIO

ESMERALDA ORTIZ RODA

ANA LEÓN AROCO

JULIÁN DEL OLMO MORENO ARRONES

FÁTIMA UCENDO QUINTANAR

ROSA MARÍA CAMUÑAS IMEDIO

1 Introducción

El *S. Aureus* o también conocido como estafilococo, se clasifica según Gram en una bacterian grampositiva, es decir, con una pared gruesa de péptido glicano que aparece con coloración violeta tras la tinción de Gram. Además, es un microorganismo inmóvil, resistente a altas concentraciones de cloruro sódico y es anaerobio facultativo puede desarrollarse tanto en presencia como en ausencia de oxígeno).

El *S. aureus* es una bacteria que se puede encontrar en el organismo humano de forma habitual sin causar prejuicios. No suele causar patologías, pero puede actuar como patógeno oportunista en personas con el sistema inmunológico débil o patologías graves.

Son colonizadores de diferentes superficies cutáneas y mucosas. *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis* y *Staphylococcus saprophyticus*. Son los cocos más virulentos responsables de un gran número de enfermedades, desde infecciones cutáneas hasta neumonías.

Destaca *S.aureus* por ser la más virulenta, cuyo hábitat natural es la mucosa nasal. Es la única coagulasa positiva y puede crecer en medios hipersalinos.

Hay varios factores que influyen en la virulencia, como la producción de enzimas y toxinas mediadoras de la invasión tisular y de su supervivencia. *S.aureus* provoca infecciones de la piel (enfermedades nosocomiales).

Para diferenciar un microorganismo de otro se utilizan cultivos y pruebas bioquímicas específicas de cada *Estafilococo*. Los laboratorios siguen protocolos de identificación. Dichos protocolos recogen una serie de pruebas que permiten la identificación de la gran mayoría de bacterias que pueden estar implicadas en un proceso infeccioso.

2 Objetivos

Conocer las pruebas que se realizan para identificar la bacteria *S.aureus* y saber realizar el protocolo de identificación y los cultivos necesarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 pruebas primarias son: gram, prueba de la catalasa, oxidasa, oxidación-fermentación, fermentación de glucosa, producción de esporas, crecimiento en aerobiosis y anaerobiosis y movilidad.

En el primer nivel de análisis se realizan pruebas primarias generales que permiten ubicar provisionalmente a la bacteria en una categoría (tamaño y morfología).

El segundo nivel de análisis se realizan pruebas primarias más específicas que permitan dilucidar el género al que pertenece la bacteria. Datos clínicos.

El tercer nivel de análisis debe realizarse pruebas bioquímicas específicas, moleculares o proteómicas, las cuales permiten la identificación a nivel de especie en la mayoría de bacterias de importancia clínica.

Hay medios de cultivos cuyo crecimiento es específico para *S.aureus*, entre ellos se encuentran: agar TSA, agar Manitol salado, agar sangre y agar ADNasa.

- Agar TSA: es un medio general, es decir, permite el crecimiento de todo tipo de bacterias. Su función es permitir observar el crecimiento de cepas bacterianas.
- Manitol salado: también se conoce como Chapman, es selectivo y diferencial, solo permite el crecimiento de bacterias que sean adecuadas a sus características. Permite el crecimiento de estafilococos y es diferencial para microorganismos coagulasa positivos y coagulasa negativos. El manitol es utilizado por el *S.aureus* dando lugar a una variación de pH en el medio que aportara una coloración amarilla debido a la fermentación. También es coagulasa positiva.
- Agar sangre: presenta gran importancia para observar la hemólisis provocada por la bacteria, en el caso de *S.aureus* se observa beta-hemólisis. Es selectivo para bacterias grampositivas y el crecimiento da lugar a colonias grandes muy características, con coloración grisácea y amarilla.
- Agar ADNasa: este agar contiene altos contenidos de ADN, debido a la actividad ADNasa propia de este microorganismo el medio queda despolimerizado.

Las colonias de *S.aureus* se caracterizan también por presentar una coloración amarilla cuando crecen.

Los cultivos deben ser estériles y anéxicos, la presencia de microorganismos diferentes al que se está identificando puede ser causa de contaminación y dar lugar a una identificación incorrecta y, por tanto, un tratamiento no eficaz.

También se realizan pruebas bioquímicas complementarias, cuya rapidez es mayor y identifica características metabólicas de las bacterias. *S.aureus* es productor de coagulasa, ADNasa positivo y resistente a la vancomicina. Tiene gran relevancia realizar la prueba de la catalasa y la coagulasa, ya que su resultado es positivo en ambas siendo una característica única de este estafilococo, el resto son coagulasa negativa.

5 Discusión-Conclusión

El técnico de laboratorio debe tener un gran conocimiento de cada característica de este microorganismo y ser capaz de interpretar los resultados de las pruebas bioquímicas y medios de cultivo utilizados.

Además, debe trabajar en un entorno estéril y evitar cualquier contaminación porque es posible que algo distinto a la bacteria que está buscando pueda crecer y producir resultados erróneos.

Solo los laboratorios enfocados en microbiología clínica pueden realizar estas pruebas, y dado que el técnico será el encargado de realizar cada prueba, llevar un seguimiento de todo y reportar los resultados, deberá tener la capacitación necesaria para realizar este proceso de forma adecuada.

6 Bibliografía

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

Capítulo 362

TINCIÓN DE ESPORAS EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA

ESMERALDA ORTIZ RODA

ANA LEÓN AROCO

FÁTIMA UCENDO QUINTANAR

ROSA MARÍA CAMUÑAS IMEDIO

JULIÁN DEL OLMO MORENO ARRONES

1 Introducción

Las esporas son estructuras especiales que solo pueden ser formadas por algunos géneros bacterianos, son una forma de resistencia de los microorganismos cuando las condiciones ambientales son desfavorables. Los géneros *Clostridium* y *Bacillus* son los más destacados entre las bacterias que producen esta forma de resistencia y suelen ser grampositivos. Pueden ser de dos tipos: exosporas o endosporas.

No pueden ser teñidas mediante tinciones simples o diferenciales, puesto que los colorantes que se emplean para ellas no penetran al interior celular. Para teñirlas son necesarias técnicas de tinción por calor que permitan la penetración de los colorantes en las bacterias.

Las tinciones consisten en la utilización de colorantes que permitan colorear ciertas estructuras de interés para diferenciarlo del resto de componentes de la muestra.

Para realizar una tinción se puede hacer de dos maneras: de forma directa con las muestras del paciente o realizando un frotis o extendido con el microorganismo a estudiar.

La tinción empleada para esporas está considerada una tinción especial, en esta clasificación también se encuentra la tinción de cápsula y la tinción de flagelos.

La específica de esporas es la siguiente:

- Tinción de Wirtz-Conklin. Utiliza el verde malaquita que es ligeramente básico y no tiñe las formas vegetativas.

Se calienta la preparación sin que llegue a hervir durante 5 minutos. Se añade safranina que actúa como colorante de contraste tiñendo las células vegetativas. Tanto la forma y el tamaño de las endosporas, como su ubicación en el interior de las células (central, subterminal o terminal) son útiles en cada especie y por ello, son útiles en los procesos de identificación bacteriana.

2 Objetivos

- Describir el procedimiento para la tinción de esporas.
- Identificar la ubicación y forma de la bacteria con espora al observar en el microscopio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 endosporas se forman en el interior celular por esporogénesis y su estructura está constituida por varias cubiertas impermeables que albergan en su interior citoplasma con una copia del cromosoma bacteriano y ribosomas. Cuando la madre celular se lisa, las esporas se liberan al exterior donde permanecen períodos de tiempo latentes hasta que determinados estímulos externos provocan su germinación. Al germinar, se convierten en células vegetativas viables, capaces de realizar nuevamente todas sus funciones vitales.

- Forma vegetativa: bacteria
- Formas de resistencia: endospora

Dichas estructuras, que se forman en el interior de la bacteria y que presentan varias capas impermeables, no pueden ser teñidas mediante tinciones simples o diferenciales, puesto que los colorantes que se emplean para ellas no penetran en el interior celular. Para ello, para teñirlas son necesarias técnicas de tinción con calor que permitan la penetración de los colorantes en la bacteria.

Para esta tinción se usa el colorante verde malaquita, es un colorante ligeramente básico que teñirá las esporas de color verde y no tiñe las formas vegetativas. Las formas vegetativas quedaran teñidas de rosa por la safranina, que es otro colorante utilizado en esta tinción.

El procedimiento para seguir en el laboratorio es el siguiente:

1. Preparar un frotis, fijar y secar.
2. Teñir con verde malaquita (todo el porta). Colocar el portaobjetos con la muestra en el aro de tinción, con el mechero Bunsen calentar por debajo de forma que humee la muestra. Tener cuidado con que no hierva ni se evapore, si se evapora añadir más colorante. Realizar este paso durante 5 minutos.
3. Lavar con agua.
4. Teñir con safranina 1 minuto a temperatura ambiente.
5. Lavar con agua.
6. Dejar secar la preparación.
7. Observar al microscopio.

5 Discusión-Conclusión

Es una técnica que no se realiza mucho en el laboratorio, aunque es importante conocer su importancia y su realización. Actualmente, el procedimiento se realiza de manera automatizada, en pocas ocasiones se utiliza el mechero Bunsen como método manual.

Es muy importancia identificar este tipo de bacterias, ya que causan patologías graves y una identificación precoz puede suponer un tratamiento adecuado y, por tanto, mejorar y salvar la vida del paciente.

Los técnicos deben saber identificar esta bacteria de manera correcta, y en la observación al microscopio reconocer las características específicas de esta tinción para poder dar unos resultados válido para el médico especialista.

6 Bibliografía

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

Capítulo 363

TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA ESTEREOTÁCTICA: CÁNCER DE PÁNCREAS METASTÁSICO

ISABEL GARCÍA AGUDIN

1 Introducción

El cáncer de páncreas es una neoplasia que se manifiesta en su inicio en el propio páncreas. Su pronóstico suele ser muy negativo ya que cuando muestra los síntomas es que se ha diseminado al resto de los órganos. Por eso la mayoría de los casos cuando son detectados son en etapas muy tardías y el tumor ya no es operable.

El más habitual de cáncer de páncreas, es aquel que tiene su origen en las células exócrinas, las cuales que componen la mayor parte de dicho órgano, comienzan a crecer de forma descontrolada, llegando a extenderse con gran facilidad al resto de los órganos.

La mayoría de este tipo de neoplasias se da en los conductos, mientras que es muy poco habitual que se desarrollen en los acinos. La cabeza del páncreas es la zona mas común donde se suele localizar dicho tumor aproximadamente un 70 % de los casos, seguida del cuerpo y finalmente la cola del mismo que supone tan sólo el 10% de los casos.

El tratamiento, en general consiste en la aplicación de quimioterapia junto con radioterapia, aunque estudios llevados a cabo recientemente muestran que lo que se conoce como Radioterapia Estereotáctica Extracraneal (SBRT) puede suponer una gran alternativa.

La SBRT es un tratamiento de radioterapia que emplea radiaciones con una gran precisión y unos resultados excelentes ante este tipo de tumores.

2 Objetivos

Dar a conocer en que consiste el cáncer de páncreas así como los posibles tratamientos, destacando como principal nueva alternativa la radioterapia estereotáctica y mostrar sus buenos resultados ante este tipo de tumores tan agresivos.

3 Metodología

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed, Embase y Prospero. A través de la búsqueda de internet de conceptos claves se han encontrado también monografías específicas que han sido de ayuda para poder desarrollar este trabajo. Entre los descriptores empleados son los siguientes: cáncer de páncreas , metástasis, radioterapia y SBRT. Los criterios de inclusión: Artículos científicos, que tuviera como características, estudios descriptivos transversales, retrospectivos, prospectivos, meta-análisis, revisiones de la literatura, período de tiempo 2012-2022 e idiomas castellano o inglés.

4 Resultados

Como hemos dicho anteriormente el cáncer de páncreas es un tipo de neoplasia en el que diagnóstico precoz resulta muy complicado. En la mayoría de los casos los pacientes no suele manifestar síntoma alguno hasta que la enfermedad se encuentra en un estado muy avanzado, de tal forma que en muchas situaciones ya se ha extendido a otros órganos cercanos produciendo metástasis haciendo más complicado el tratamiento terapéutico. Además en la actualidad no hay establecido un plan de cribado para poder llevar a cabo un diagnóstico mucho más temprano y con mayor posibilidad de supervivencia. Igualmente la localización del mismo órgano, en una parte profunda hace muy difícil, su palpación y su visualización aparentemente.

El principal tratamiento para este tipo de enfermedad, en la que el tumor no es operable es decir no hay posibilidad de extirpar el tumor, es la quimioterapia conjunta con la radioterapia que suele ser la opción más habitual y que muestra mejores resultados , considerado el tratamiento estándar, destacando como principal efecto secundario la toxicidad gastrointestinal. En la que en diversos estudios que se ha llevado acabo se ha extraído la conclusión, que esta empeora según el volumen del órgano irradiado. Por ello para evitar o tratar disminuir este efecto aparece la Radioterapia Estereotáctica Extracraneal, junto con técnicas de control de movimiento de órgano tumoral por la propias respiración, limitando

el margen de los órganos irradiados haciendo disminuir el nivel de toxicidad. y por tanto que los efectos secundarios sean menores.

La duración del mismo es corto, 3 a 5 fracciones en días seguidos frente la tratamiento habitual de radioterapia clásico que emplea un número aproximado de 25 fracciones lo que implica unas 5 semanas más o menos.

5 Discusión-Conclusión

Podemos extraer de la revisión bibliográfica llevada a cabo y determinados estudios de investigación que se han realizado, que el tratamiento de Radioterapia Estereotáctica Extracraneal ha resultado efectivo concretamente en el cáncer de páncreas localmente avanzado, si bien es cierto que no podemos concluir que suponga una mayor supervivencia pero lo que sí ha quedado demostrado que la duración del tratamiento, más corto, el empleo de altas dosis de radiación focalizadas con gran exactitud en a la zona a tratar supone un tratamiento mucho más cómodo y apenas invasivo que facilita que el paciente pueda retomar lo más pronto posible su vida cotidiana , al igual que el grado de toxicidad que produce es bastante tolerable(la gran precisión de los haces de radiación). Por ello cada vez la Radioterapia Estereotáctica Extracraneal cobra mayor interés y relevancia en el campo de la oncología.

6 Bibliografía

1. Abdollah F, Sun M, Schmitges J, et al.Competing-risks mortality after radiotherapy vs. observation for localized prostate cancer: a population-based study. Int J Radiat OncolBiol Phys. 2012 Sep 1;84(1):95-103. PMID:22330991
2. Ferrer M, Suarez JF, Guedea F, et al.Health-related quality of life 2 years after treatment with radical prostatectomy,prostate brachytherapy, or external beam radiotherapy in patients with clinically localized prostate cancer. Int J Radiat OncolBiol Phys. 2008 Oct 1;72(2):421-32. PMID:18325680
3. Kibel AS, Ciezki JP, Klein EA, et al.Survival among men with clinically localized prostate cancer treated with radical prostatectomy or radiation therapy in the prostate specific antigen era. J Urol. 2012Apr;187(4):1259-65. PMID: 22335870

Capítulo 364

EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO Y LA ESTERILIZACION DE LA SALA DE RADIODIAGNÓSTICO Y EL INSTRUMENTAL

ROSAIDA ABREU TERRERO

SERGIO FUENTES MARÍN

SONIA SANCHEZ RUIZ

MARTA PERETE DÍAZ

MARÍA DE LEÓN ESCAMILLA

1 Introducción

Como sabemos en el ámbito sanitario, existen multitud de microorganismos, patógenos, bacterias, virus, etc., presentes en cada estancia, en cada instrumental médico y en los elementos que se utilizan en las operaciones quirúrgicas, es por ello que se utilizan distintos procedimientos de limpieza, desinfección y esterilización para prevenir infecciones y garantizar en todo momento la salud y seguridad de los pacientes, pero también de todos los trabajadores que prestan sus servicios, desde los sanitarios hasta los no sanitarios. Los procedimientos de

desinfección implican el uso de sustancias químicas o métodos físicos, soluciones de cloro, alcoholes y peróxido de hidrógeno.

Los procesos de esterilización son muy exhaustivos y complejos para la eliminación de toda forma de vida microbiana, incluyendo bacterias, virus, hongos y esporas, utilizando el vapor a alta presión, radiación gamma o el óxido de etileno, empleándose sobre todo en instrumental que tiene contacto con las cavidades del organismo y los tejidos.

Cuando un paciente entra a un proceso quirúrgico, o a una sala de radiodiagnóstico, todo debe estar perfectamente limpio, desinfectado y esterilizado, ya que de lo contrario podría repercutir en la proliferación infecciones, que no solo tendría consecuencias económicas sino también legales. Y es que la esterilización debe de hacerse bajo los pilares de unos protocolos de calidad en los que interviene directamente el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico, TSID, para que puedan utilizarse en otras ocasiones y con otros pacientes de una forma segura, sin la transmisión de infecciones nosocomiales.

2 Objetivos

Exponer la labor del Técnico Superior en Imagen para Diagnóstico en la esterilización y desinfección del material utilizado en la sala de radiodiagnóstico.

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 importancia del Técnico Superior en Imagen para Diagnóstico en la esterilización y desinfección del instrumental en la sala de Radiología. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La limpieza y desinfección habitual y exhaustiva de superficies en la sala de radiodiagnóstico debe ser una labor constante, en la que se deben seguir las recomendaciones de los fabricantes de los aparatos y utensilios para alargar su vida útil, se utilizarán productos desinfectantes de amplio espectro y se llevará un registro

de las limpiezas llevadas a cabo diariamente. Además de todo ello, el lavado de manos sigue siendo una cuestión importante antes de tratar con un paciente, de realizar tratamientos invasivos, o tocar instrumental y aparatos, así como el uso adecuado de los equipos de protección personal, como guantes, batas y protectores faciales, lo cual reduce la exposición a radiaciones o sustancias peligrosas. En la central de esterilización se lleva todo el textil y los instrumentales a tratar, siempre teniendo en cuenta los organismos que pueden portar como: protozoos, bacterias, esporas bacterianas o fúngicas, virus pequeños con y sin envoltura, varicela, priones, rubéola, etc. El proceso sigue varias fases: prelavado, lavado, secado, preparación del material, empaquetado, almacenamiento y distribución. Los métodos pueden ser los siguientes:

- Esterilización por calor: es una técnica muy utilizada gracias a las autoclaves que ofrecerán vapor de agua, pero a muy alta presión y temperatura para que sean eliminados cualquier tipo de microorganismos.
- Esterilización química: para aplicarla se utilizan unos productos químicos como el óxido de etileno, el peróxido de hidrógeno y el glutaraldehído. Empleado sobre todo cuando el instrumental no puede someterse a altas temperaturas.
- Desinfección de alto nivel: los productos químicos empleados desactivan la mayoría de los microorganismos, pero no esporas bacterianas, por ejemplo, empleándose en aquel instrumental que no penetra los tejidos, como por ejemplo los endoscopios.
- Desinfección de nivel intermedio: utilizada para desinfectar dispositivos médicos que no están en contacto con tejidos durante la cirugía.
- Lavado y esterilización manual: esta técnica se lleva a cabo cuando el instrumental está muy sucio, tiene materia orgánica o impurezas, y debe de lavarse con productos especiales y cepillos para frotar, antes de proceder a la esterilización.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos que llevar a cabo unas medidas de higiene, desinfección y esterilización en la sala de radiodiagnóstico es de suma importancia para garantizar la seguridad de los pacientes y todo el personal que trabaja en ella, para lograr así la propagación de infecciones, ya que el material usado en los tratamientos tanto invasivos como no invasivos en los pacientes pueden tener material orgánico, microorganismos de toda clase, como pueden ser: bacterias, virus, priones, etc., que pueden extender infecciones nosocomiales.

Estas técnicas, junto con el lavado adecuado de manos, el uso correcto de equipos de protección personal y la gestión adecuada de residuos, promoverán un entorno

seguro. Es por ello que el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico, velará por el adecuado acondicionamiento de la sala de radiodiagnóstico, aparatos e instrumental.

6 Bibliografía

1. <http://revistamedica.com>.
2. ELABORACIÓN DE GUÍAS DE PARA ASEGURAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS (sanidad.gob.es).
3. Fundamentos de antisepsia, desinfección y esterilización | Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (elsevier.es).

Capítulo 365

EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO Y LA REALIZACIÓN DE UNA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

ROSAIDA ABREU TERRERO

SERGIO FUENTES MARÍN

SONIA SANCHEZ RUIZ

MARTA PERETE DÍAZ

MARÍA DE LEÓN ESCAMILLA

1 Introducción

La radiografía de tórax es una técnica muy utilizada en el ámbito sanitario para comprobar como se encuentran internamente el corazón, los pulmones y la pared torácica, de manera que puedan tratarse los síntomas que padece el paciente, ponerle una solución farmacológica u operación quirúrgica, ya que permite diagnosticar enfermedades como cáncer de pulmón, neumonías, neumotórax, insuficiencia cardíaca, efisemas, etc.

Cuando una persona acude al servicio de Urgencias hospitalarias con unos cuadros clínicos determinados, se pautará realizar radiografías, utilizándose como proyecciones normalmente la posteroanterior (PA) y la lateral simple,

porque emplean una cantidad minúscula de radiación ionizante, además de la fluidez y rapidez con la que suelen hacerse. Pero el inconveniente que tiene es que, a veces, es necesario de más pruebas para saber qué es lo que le pasa al paciente, ya que falta precisión en casos más graves.

Estas radiografías se puede hacer con el Bucky mural de pie o tumbado en la mesa, aunque en casos concretos donde el paciente es mejor que no se mueva o se le traslade, se utilizarán medios portátiles, trasladando los equipos a la habitación del paciente o hacia la sala de emergencias.

El técnico superior en imagen para diagnóstico, o también conocido como técnico de rayos, de radiología o radiólogo, tiene unas funciones específicas e importantes a la hora de la realización de una placa de tórax, para que se garantice una imagen de calidad y seguridad para el paciente.

2 Objetivos

Exponer la importancia de las funciones del Técnico Superior en Imagen para Diagnóstico a la hora la realización de radiografías del tórax.

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 su labor de tomar radiografías de tórax. 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

Al paciente que llega a la sala para que le realicen una radiografía de tórax se le deberá de informar de que se quite joyas, objetos metálicos que pueda portar, para que así se puedan observar correctamente las imágenes, diciéndole que se quite la ropa del torso ofreciéndole una bata, e informándole de la prueba que se le hará y respondiendo dudas que le puedan surgir. También se le posicionará en aquella postura más adecuada para obtener las imágenes con mayor calidad.

El técnico de rayos debe asegurarse de que el equipo de radiografías esté correctamente conectado y calibrado, de manera que todo funcione de la manera esperada, para ello ajustará los parámetros de exposición, la cantidad de radiación y el tiempo de exposición, según el cuadro clínico del paciente y las indicaciones de los especialistas que han especificado en su historial médico. A continuación, activará la máquina de rayos X, para ello saldrá fuera del área de influencia de la radiación. Además, siempre se seguirán los protocolos existentes a la hora de protegerse la radiación radiológica, para seguridad del propio paciente y de los trabajadores. Para ello se utilizarán delantales de plomo y otros dispositivos de protección.

La proyección PA se suele hacer en bipedestación, si el enfermo aguanta en posición levantada, comunicándole que debe de coger todo el aire que pueda, manteniéndolo dentro para así ver mejor los pulmones expandidos. Los brazos los tendrá en la cadera y los codos hacia adelante para que los pulmones se separen mejor de las escápulas. La proyección lateral de tórax, se utiliza como complementaria a la PA, para poder obtener una visión completa de todo el tórax y saber a qué nivel se encuentra la lesión.

Lo siguiente, será estudiar y evaluar la calidad de la imagen, repitiéndola si fuera necesario, si no fuera lo suficientemente nítida o estuviera borrosa. El técnico de rayos debe documentar y explicar en su informe el procedimiento utilizado, exponiendo los parámetros de exposición utilizados y cualquier observación que resulte importante para que después el radiólogo o la médica de la rama especializada que la haya pedido, pueda interpretarla adecuadamente.

5 Discusión-Conclusión

La radiografía de tórax es el examen radiológico más utilizado en el ámbito sanitario, y sobre todo antes de una cirugía, ya que permite conocer la parte interna de los órganos, de los huesos, vasos sanguíneos, etc., para así poder evaluar el cuadro clínico del paciente y darle solución a su patología.

El papel del técnico de rayos, es fundamental para la realización de estas radiografías, por todo el conocimiento que debe de tener de como funcionan estas máquinas, el cumplimiento de los protocolos de actuación ante las radiaciones ionizantes, entre otras. También sabrá que se pueden llevar a cabo a través de dos proyecciones: la PA y la lateral en bipedestación normalmente. El técnico siempre velará para que las imágenes ofrezcan la mayor calidad para su estudio, y que el paciente se encuentre cómodo y seguro en todo momento.

6 Bibliografía

1. Rayos X del tórax (Internet) Disponible en: radiologyinfo.org/es/info/chestrad.
2. Radiografías de tórax - Mayo Clinic
3. Cómo interpretar una radiografía de tórax (elsevier.com)
4. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores Google, Pubmed, y Scielo :Tecnico de rayos, Técnico Superior en Imagen para Diagnóstico, radiografía de tórax.

Capítulo 366

EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO Y LAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN PROFESIONAL RADIOLÓGICAS

ROSAIDA ABREU TERRERO

SERGIO FUENTES MARÍN

SONIA SANCHEZ RUIZ

MARTA PERETE DÍAZ

MARÍA DE LEÓN ESCAMILLA

1 Introducción

En las salas donde se realizan toda clase de pruebas radiológicas, debe de existir una seguridad y protección debido a la contaminación radiológica ionizante que se deriva de las mismas, por ello debe de protegerse el entorno y sobre todo los trabajadores sanitarios y no sanitarios que en ella prestan sus servicios, que podríamos llamar exposición ocupacional, así como del paciente, que llamaríamos exposición médica. De ahí viene la necesidad de que haya unos protocolos de protección y supervisión continuos, ya que la exposición a ella también es continua debido a que siempre se están realizando todo tipo de pruebas para dar salida a las largas listas de espera que acontecen en el sistema sanitario nacional.

Podemos decir que existen distintos tipos: la externa, interna, continua, única, entre otras. Toda sala de radiología debe estar debidamente preparada para cualquier urgencia o emergencia radiológica, y como no, también el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico debe conocer los protocolos para la evacuación y todos los materiales de seguridad que existen para ponérselos y estar protegidos, los cuales podrán ser fijos o portátiles.

Se debe de cumplir con estos protocolos para así evitar al paciente un empeoramiento de su patología, o que puedan aparecer nuevos síntomas como consecuencia de una exposición radiológica, por eso es tan importante mantener un entorno seguro para todos.

2 Objetivos

Exponer la importancia de mantener un entorno seguro de radiación y los equipos de protección que puede utilizar el Técnico Superior en Imagen para Diagnóstico.

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 seguridad de las salas de radiación y las medidas de protección que utiliza el Técnico Superior en Imagen para Diagnóstico. 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 a la hora de realizar su trabajo sabrá en qué sala estará destinado, qué tipo de pruebas realizará y qué tipo de materiales de protección va a poder utilizar, sabiendo que siempre deberá existir los siguientes equipos de protección: guantes plomados, máscaras, buzos, calzas, cubrecabezas, delantales plomados, petos plomados, y equipos autónomos, como regla general. Además, deberá controlar el blindaje de ventanas y puertas para que no haya radiación dispersa. Siempre utilizará el dosímetro, el cual es un aparato individual que mide la dosis de radiación que soporta la persona en su trabajo, por lo que si marca una

cantidad demasiado elevada, tendrá que abandonar su puesto de trabajo durante el tiempo recomendado.

Otro pilar importante para la seguridad y prevención radiológica es que las zonas estén definidas claramente mediante señalización, podemos encontrar las siguientes:

- Zona de libre acceso: No es necesario establecer medidas especiales de protección radiológica.
- Zonas vigilada: será obligatorio el uso de la dosimetría.
- Zona controlada: Uso obligatorio de dosímetros personales y uso de herramientas radiactivas.
- Zonas de permanencia limitada: en ellas existe peligro de que se excedan los límites de dosis de carácter anual.
- Zonas de acceso prohibido: aquí el riesgo de exceder los límites de dosis se refiere a cada sesión que se realiza.

Las medidas generales que adoptará el servicio de seguridad y protección del entorno sanitario a la hora de velar por la seguridad radiológica son las siguientes: la vigilancia y controles de los accesos de personal autorizado a las salas, supervisión de operaciones, el mantenimiento de señales, controles y avisos, realizar inventarios, observar los blindajes utilizados en puertas y ventanas, así como de protección personal, control de dosimetría del personal trabajador, organizar cursos de formación continua del personal para que sepan como actuar en casos de emergencia, clasificación de zonas según posibilidad de radiación, vigilar continuamente las exposiciones y sobre-exposiciones. Etc.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos con la importancia de la supervisión de la seguridad radiológica en las zonas y salas donde se realizan toda clase de pruebas diagnósticas en la que existe contaminación radiológica ionizante, peligrosas tanto para trabajadores que se exponen cada día a ella, como para el propio paciente. Por ello, desde el servicio de seguridad del ámbito sanitario, se llevarán unos controles para asegurar las dosis recibidas, se fijarán zonas más o menos restringidas según la cantidad de exposición, se instaurará la obligatoriedad de utilizar los equipos de protección como: guantes y delantales plomados, máscaras, buzos, etc.

El conocimiento por parte del técnico especialista en imagen para el diagnóstico y resto del personal para la seguridad individual o colectiva ante la radiología es crucial, ya que esta podría acarrear problemas de salud. Además, siempre estará

en formación continua, sabiendo lo que hay que hacer en caso de emergencia radiológica.

6 Bibliografía

1. <http://revistamedica.com>.
2. www.mscbs.gob.es.

Capítulo 367

ACTIVIDADES DEL CELADOR EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

JULIA GARCÍA FERNÁNDEZ

ROSA MAZUECOS MUÑOZ

JOSE ANTONIO GARCÍA GARCÍA

SONIA MARÍA MUÑOZ

JOSE FCO NOGUERAS GARCIA

1 Introducción

El servicio de urgencias es la unidad hospitalaria pensada para dar tratamiento a los problemas o incidencias que requieren un tratamiento más o menos inmediato y que no pueden esperar a ser tratadas por el médico de familia o el servicio de enfermería del centro de salud correspondiente. Existe también servicio de urgencias en los centros de salud, pero con horario y capacidad de intervención más limitado; en cambio, en los hospitales funciona las 24 horas todos los días del año. El servicio de urgencias de un hospital ha de disponer de medios y personal para atender cualquier tipo de urgencia, con personal médico de todas las especialidades que se disponga en ese hospital. En caso de hospitales más pequeños que no dispongan de todas las especialidades se habrá de garantizar una atención inicial para luego derivar al paciente a un centro mayor donde pueda ser atendido adecuadamente. Normalmente los pacientes acuden a urgencias motu proprio, muchas veces con problemas que no son tales y que podrían esperar unas

horas y ser tratados o al menos valorados en su centro de salud. Eso hace que las urgencias hospitalarias estén muy concurridas, lo que, por una parte, alarga los tiempos de espera de los pacientes y por otra genera una mayor carga de trabajo y de estrés al personal que atiende a los pacientes, entre los que se encuentran los celadores, que serán las primeras caras que vean quienes acudan a este servicio.

2 Objetivos

Realizar una breve exposición de las diversas funciones que debe llevar a cabo el celador en el servicio de urgencias 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 publicaciones académicas revisadas al respecto de este tema.

4 Resultados

Los celadores serán los encargados de recibir a cualquiera que se acerque al servicio de urgencias del hospital. La mayor parte de los pacientes llegan por sus propios medios y acceden a pie. En ese caso el celador que los recibe los deriva a los auxiliares administrativos que toman sus datos y generan una pulsera identificativa que el paciente deberá llevar puesta mientras permanezca en la unidad. En caso de llegar en malas condiciones serán pasados directamente a triaje, dejando a algún familiar encargado de realizar los trámites administrativos.

A continuación, el paciente es pasado a la unidad de triaje, donde se efectúa una valoración de su estado y se decide a qué departamento se envía (consultas, traumatología, atención urgente, unidad de observación...). Solo en casos de personas dependientes o menores podrá acceder con el paciente algún acompañante. Un celador será el encargado de acompañar al paciente, junto con su historial, al lugar correspondiente, bien sea a pie, en silla de ruedas o en camilla si ha accedido a urgencias en ambulancia. Allí entregará el historial al personal de enfermería que indicará dónde y cómo acomodar al paciente mientras espera ser atendido.

En cada departamento hay algún celador que ayuda con la tarea a las auxiliares de enfermería, como en una planta convencional.

Los celadores habrán de encargarse de que siempre haya suficientes camillas y sillas de ruedas disponibles en la zona de admisión. Los celadores que se encuentran en la puerta habrán de estar atentos para que no se cuele ningún familiar carente de autorización, que salvo casos excepcionales nunca será más de una persona a la vez.

También es responsabilidad de los celadores trasladar a los pacientes al quirófano si fuese preciso, o acompañarlos a realizarse las pruebas que sean necesarias (rayos, resonancias, etc) y posteriormente devolverlos al departamento de origen. Si se determina que el paciente ha de quedar ingresado, también serán los encargados de trasladarlos a la planta de hospitalización correspondiente. Si el paciente es dado de alta lo acompañarán hasta la salida. En caso de fallecimiento serán los encargados de trasladar el cadáver al depósito.

Los celadores se encargarán de realizar traslados de material o equipos dentro del departamento si así fuese necesario. Asimismo, serán los encargados de trasladar las informaciones o dar instrucciones a los familiares o acompañantes que se encuentren en la sala de espera, teniendo especial cuidado de no dar información ni hacer ninguna valoración sobre el estado de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, hemos visto anteriormente en este capítulo y más concretamente en el apartado de resultados las múltiples y variadas funciones que realiza el celador en el servicio de urgencias hospitalarias, hemos podido ver como el celador se encarga de recibir a los pacientes, los derivan a los auxiliares administrativos, los acompañan al servicio al que sea derivado el paciente, realizan cuidados como los auxiliares de enfermería, acompañan a los pacientes a hacerse pruebas, al quirófano, etc y a otros muchos servicios hospitalarios, además los celadores velan también que no se cuele en el área de urgencias familiares o personas acompañantes de los pacientes.

Es decir el celador tiene gran cantidad de funciones muy importantes para el buen funcionamiento de las urgencias hospitalarias.

6 Bibliografía

1. VV.AA. (2012) Manual del Celador de Instituciones Sanitarias. Editorial MAD.
2. <http://celadoresonline.blogspot.com/>.
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.
5. <https://medlineplus.gov/spanish/>.

Capítulo 368

EL CELADOR Y LA MOVILIZACIÓN DEL SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO DEL PACIENTE

JULIA GARCÍA FERNÁNDEZ

ROSA MAZUECOS MUÑOZ

JOSE ANTONIO GARCÍA GARCÍA

SONIA MARÍA MUÑOZ

JOSE FCO NOGUERAS GARCIA

1 Introducción

Cuando hablamos del celador, nos acordamos del personal que lleva a los pacientes en silla o camilla, pero a pesar de las múltiples funciones externas, que este desarrolla, debemos interiorizar, que antes de que el celador transporte al paciente en los dispositivos de ayuda, hay un preparamiento previo a esta acción. Cuando nos referimos al preparamiento previo, nos referimos a la movilización del paciente a esos dispositivos de ayuda que mencionamos.

El celador debe realizar una serie de ejecuciones anteriores con el paciente, mediante unas técnicas específicas que evitan lesiones en el paciente y en el propio profesional y que garantizan una actividad exitosa.

La movilización consiste en la aplicación de un programa de ejercicios encaminados a conseguir el restablecimiento de las funciones disminuidas por la enfermedad, a mantener el alineamiento corporal, la fuerza y el tono muscular, a prevenir las complicaciones que puedan surgir por la inmovilidad, a estimular la autonomía del paciente y por supuesto, al autocuidado.

De esta forma, se aporta seguridad al paciente. Si el paciente permanece encamado o su movilidad disminuye debido a su enfermedad, la fuerza y el tono muscular disminuyen, y si el celador, como encargado de las movilizaciones no establece un plan adecuado de movilizaciones, pueden aparecer lesiones como contracturas, atrofas, etc. derivando, en muchas ocasiones, en estreñimientos, problemas respiratorios, úlceras por presión, incluso, problemas de autoestima, depresión, ansiedad, miedo, etc.

Es por todo esto, que el celador deberá comprender la importancia de las correctas movilizaciones, y el fomento de la autonomía del encamado. A continuación, hablaremos, en el apartado “resultados” de tres puntos importantes a destacar sobre las movilizaciones.

2 Objetivos

Describir la correcta movilización del sistema musculoesquelético del paciente, además de conocer la importancia del celador en esta actividad e identificar los tipos de movilización, los arcos de movimiento y la importancia de los cambios posturales.

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 y tomando como referencias los temas relacionados con el celador y las movilizaciones musculoesqueléticas al paciente.

4 Resultados

Aunque el celador no desarrolle la actividad del fisioterapeuta, en su día a día con el paciente, y puesto, que mantiene un contacto con este, durante un mayor periodo de tiempo, en las movilizaciones, deberá fomentar el ejercicio, así favoreceremos la circulación, el aporte de oxígeno a los tejidos, y la eliminación. Aparte de otros múltiples beneficios como por ejemplo la respiración.

1. Tipos de movilización:

Dependiendo del paciente, podemos clasificar las movilizaciones en:

- Activas: son las realizadas por el propio paciente, bajo la supervisión del celador. En esta movilización, se mueven los músculos y las articulaciones de los segmentos corporales. Dependiendo de la movilización, podrá ser realizado con ayuda o sin ella. Incluso se puede incorporar contra resistencia (mediante poleas, por ejemplo). El celador, a no ser, que exista una contraindicación, deberá estimular al paciente encamado para que mueva los brazos y las piernas a la hora de cualquier movilización.

- Pasivas: la movilización la realiza el celador sobre los distintos segmentos corporales del paciente, según sus arcos de movimiento. Esta movilización está destinada a pacientes que no pueden realizarlas por sí solos, ya sea por una situación temporal o permanente.

2. Arcos de movimiento:

Los arcos de movimiento, son el grado de movilidad que permite al paciente mover una articulación de su cuerpo. Es muy variable, según la persona, patología o enfermedad que este tenga.

Podemos distinguir muchos arcos de movimiento:

- Arcos de movimiento del cuello (extensión, flexión e hiperextensión).
- Arcos de movimiento de la muñeca (hiperextensión y desviación radial).
- Arcos de movimiento de la pierna (flexión, extensión, hiperextensión, abducción, aducción).
- Arcos de movimiento del hombro y del codo (flexión hacia delante, extensión, hiperextensión, abducción, aducción y flexión extendida).
- Arcos del movimiento de la mano y dedos (flexión hacia delante, extensión, hiperextensión, abducción, aducción y flexión extendida).
- Arcos del movimiento del tobillo y pie (rotación externa, abducción, flexión dorsal, rotación interna, aducción y flexión plantar).

3. Cambios posturales:

Este punto, no por ser el último, es el menos importante, hablamos de la colocación apropiada en la cama. Con estas movilizaciones se evitarán la aparición de úlceras por presión (UPP), eliminando los puntos de apoyo. Así, también, la comodidad del paciente, sin la aparición de dolor o mal estar. Los cambios posturales son las modificaciones realizadas en la postura corporal del paciente encamado, que forman parte de la enfermería preventiva. Para realizar estos cambios posturales, es necesario una correcta ejecución y praxis, así se evitarán lesiones en ambos protagonistas (celador y paciente). Se deben realizar en aquellos pacientes que por sus circunstancias deben permanecer encamados y no pueden moverse por sí mismos.

Podemos destacar los más importantes:

- Decúbitos laterales.
- Decúbito prono.
- Decúbito supino.
- Posición de semisentado (fowler).

Este tipo de movilizaciones, se pueden completar con la utilización de cojines y almohadas, o incluso sábanas. Para realizar un correcto cambio postural, el celador, deberá tener en cuenta las normas de mecánica corporal.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el celador juega un papel muy importante en las movilizaciones del sistema musculoesquelético de los pacientes, ya que un correcto fomento de su autonomía y unas adecuadas pautas, pueden lograrse grandes mejorías en el enfermo. A pesar de que hay un departamento que se dedica expresamente a la rehabilitación, el día a día del paciente que se encuentra hospitalizado es muy importante, por lo que la presencia, dedicación y ayuda de los que desarrollan con él, sus actividades primarias de cada día (aseo, comer, cambios posturales, etc.) hacen posibles un avance más completo y rápido para el enfermo. El celador, gracias a sus técnicas precisas y bien ejecutadas, otorga al paciente una confianza y seguridad, por lo que se garantiza una pronta recuperación del mismo.

6 Bibliografía

1. Movimiento del brazo humano: de los tres planos a las tres dimensiones (scielo.org.co).
2. <https://www.bing.com/search>.
3. <https://atencion-sociosanitaria.com.es/3-posiciones-anatomicas/>.

Capítulo 369

EL CELADOR Y SU CONOCIMIENTO DE LA RCP

JULIA GARCÍA FERNÁNDEZ

ROSA MAZUECOS MUÑOZ

JOSE ANTONIO GARCÍA GARCÍA

SONIA MARÍA MUÑOZ

JOSE FCO NOGUERAS GARCIA

1 Introducción

Ante cualquier accidente sin duda alguna se debe dar siempre el aviso al sistema de emergencia. Recordemos el acrónimo P.A.S. (proteger, avisar y socorrer) que nos indica las tres actuaciones para dar el comienzo de la asistencia a un lesionado. Servirá de recordatorio de cómo asistir a una persona que ha sufrido un accidente y que está en riesgo.

Para asistir a una persona que está en riesgo o ha sufrido un accidente, ante todo por la seguridad del lesionado y por la nuestra, es de responsabilidad seguir una conducta consecutiva y en orden en los tres pasos del método PAS.

Estas serían las sugerencias en términos generales en primeros auxilios, de la Conducta P.A.S

-La letra P corresponderá a la de Proteger.

Esta técnica consistirá, en certificar que el lugar en que se está es seguro. Sin embargo, en la gran mayoría de los accidentes puede llegar a no cumplirse siempre sobre todo en los sucesos como los accidentes de tráfico, incendios, o en las catástrofes, etc. Siempre debe ponerse a salvo el rescatador en primer lugar, ya que si no se está protegiendo a sí mismo será difícil que pueda seguir ayudando.

-La letra A de Avisar Si bien la mayor parte de los accidentes que pueden poner en peligro a una persona suelen provocar lesiones por norma general, estas suelen ser leves y que no requieren de una atención médica urgente, en caso de que el accidente presentará mucha gravedad se ha de llamar al teléfono de emergencias (112).

- La letra S de Socorrer Para que el rescatador pueda asistir y ayudar a una persona que ha tenido un accidente, hay que procurar seguir siempre consecutivamente una serie de puntos, entre los que se debe incluir por su vital importancia a la Reanimación cardiopulmonar.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo de libro es dar a conocer el protocolo y técnica de aplicación, actuación (P.A.S), proteger, avisar, socorrer y exponer las diferentes sistemáticas de aplicación de la RCP.

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

Se debe tener muy en cuenta que, para que se pueda ejecutar la RCP, debemos poner en marcha el protocolo P.A.S:

- Proteger: Asegurar siempre que el entorno no revista peligro, tanto para el reanimador como para la persona afectada, comprobando de que ninguno se halla

en una situación de riesgo.

- Examinar los signos vitales del afectado. Si el lesionado no demuestra respuesta alguna, se abordará la maniobra de frente-mentón, la cual consistirá en ir despejando y así abriendo la vía aérea y asegurarnos que no exista ningún objeto que obstruya la vía respiratoria y que puedan haberse depositado dentro de la cavidad bucal. Se debe evitar mover al afectado, por si tuviera alguna lesión a nivel cervical. En caso de duda o sospecha de una lesión cervical, se elegirá la maniobra de tracción mandibular. En la maniobra frente-mentón se tendrá que observar los movimientos torácicos y abdominales, escucharemos la existencia de ruidos y resolver si hay exhalación de aire, no tardando en este proceso, más de 10 seg en estas comprobaciones.

- Avisar: Se procederá a pedir ayuda tanto a los individuos del lugar que estén cercanos a la situación de emergencia que se está originando, si no se pudiera dar el aviso, por el motivo que fuera, avisar a través del teléfono al servicio de emergencias sanitario correspondiente el cual será el 112.

- Socorrer: Es de suma importancia y vital, el seguir los pasos convenientes para realizar correctamente la función de socorrer y sobre todo cuando se debe proceder a ejecutar una Reanimación cardiopulmonar (RCP):

- 1) Se ubicará al lesionado en una superficie lo más recta y dura que podamos y se procederá a realizar el masaje cardíaco.

- 2) con las manos entrelazadas, sobre el esternón y en el centro del tórax se efectuarán 30 compresiones con un ritmo mínimo de 100-120 compresiones por minuto y a una profundidad de 5 cm para adultos. 3) Cuando terminan estas compresiones, se procede a efectuar dos ventilaciones boca a boca, asegurándonos que se infla el pecho. 4) Pasados 2 minutos del comienzo de la RCP, se pararán las maniobras, para saber si está siendo efectivo el procedimiento y ver si la persona ha recuperado la consciencia. Si no se restableció o recupero la consciencia, se deberá, seguir efectuando, la maniobra de RCP, hasta que esté presente el personal de emergencias y nos dé el relevo con la reanimación o, si por el contrario a los 30 minutos no hubiera una respuesta, la RCP se tendría que dar por finalizada.

El celador tendrá estos conocimientos en caso de que haya que practicarse a algún paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, de la exposición en este artículo en cuanto a la asistencia sanitaria de emergencia, se concluye en nuestra opinión, lo esencial de conocer bien la aplicación y gestión de la maniobra RCP tanto el personal sanitario como los celadores. Se debe ser consciente, que es de vital importancia a la hora de las posibilidades que tiene de supervivencia, de un individuo. Tras llevar a cabo esta investigación, se ha evidenciado que es vital reaccionar con la mayor rapidez posible al enfrentarnos a una RCP al aplicar el Protocolo P.A.S. Proteger, Avisar, Socorrer, ya que el pronóstico de la persona podrá mejorar e incluso sobrevivir, cuando de otra manera no lo hubiera podido hacer.

El desarrollo de esta maniobra es relevante, tanto en el campo sanitario, como también en el campo social, ya que estos sucesos se pueden dar en la vía pública y puede ayudar y cambiar la vida de un afectado, así como el resultado del futuro paciente si se realiza con prontitud y correctamente.

6 Bibliografía

1. Biblioteca virtual de SciELO: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000400022
2. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/actuacion-ante-cualquier-situacion-de-urgencia-emergencia-conducta-pas/>
3. <https://neosalus.com/protocolo-pas-como-actuar/>

Capítulo 370

EL PROFESIONAL MECÁNICO Y ELECTRICISTA PERTENECIENTE A GESTIÓN Y SERVICIOS, EQUIPO DE MANTENIMIENTO DEL CENTRO HOSPITALARIO Y EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO EN EL SERVICIO DE LAVANDERÍA DEL CENTRO HOSPITALARIO

IVAN ESPARTERO MUÑOZ

LUIS MIGUEL DEL FRESNO SÁNCHEZ

DAVID SANCHEZ CAMBRONERO

HONORATO LOZANO MOYA

JOSÉ LUIS CASADO APARICIO

1 Introducción

El servicio de gestión y mantenimiento de un centro hospitalario está formado por el conjunto de recursos materiales y humanos enfocado a garantizar el man-

tenimiento de los equipos e instalaciones hospitalarias en las máximas condiciones de seguridad y confiabilidad atendiendo a los costes y a la calidad del servicio.

Dentro del equipo de mantenimiento de los centros hospitalarios se encuentran los mecánicos, que son los encargados de la conservación y el mantenimiento de las máquinas y de los sistemas mecánicos del centro hospitalario, a través de la realización de distintas tareas como instalaciones, ajustes, revisiones o reparaciones.

Una de las instalaciones que conforman el centro hospitalario es la lavandería, que es la encargada del suministro de lencería y ropa limpia y desinfectada para los pacientes ingresados o el personal sanitario. Aunque a menudo no se tiene muy en cuenta, la lavandería de un centro hospitalario es una parte esencial en la evaluación del buen funcionamiento diario del hospital y se debe asegurar su eficiencia operativa para garantizar el suministro constante de lencería y de ropa limpia y desinfectada.

Parte de la responsabilidad del buen funcionamiento de la lavandería de un centro hospitalario recae en el equipo de mantenimiento y de los profesionales mecánicos que se ocuparan del mantenimiento adecuado de la maquinaria del área de lavandería, con el objeto de asegurar el cumplimiento de los más altos estándares de calidad y seguridad.

2 Objetivos

- Resaltar la importancia del mantenimiento preventivo en el área de lavandería del centro hospitalario por el profesional mecánico del equipo de mantenimiento.
- Describir las funciones y responsabilidades del profesional mecánico en la lavandería hospitalaria.
- Exponer los procedimientos y las prácticas clave del mantenimiento preventivo en la lavandería hospitalaria por parte del profesional mecánico.

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: “lavandería hospitalaria” “equipamiento de lavandería” o “mantenimiento de la lavandería”.

4 Resultados

El profesional mecánico encargado del mantenimiento de la maquinaria de la lavandería hospitalaria debe conocer no solo el equipamiento que contiene, sino, también la zonificación establecida para que funciones de manera eficiente y para evitar, por ejemplo, el riesgo de que se produzca una contaminación cruzada. Atendiendo a cada área, el profesional mecánico se encontrará con las siguientes instalaciones:

- La zona de recepción de ropa sucia: En esta área se encuentran las vagonetas, los contenedores y las cintas transportadoras de ropa sucia.
- La zona de clasificación: En esta área se pueden encontrar las mesas de clasificación, cintas transportadoras, básculas para el pesaje de la ropa y máquinas para el marcado temporal o permanente de la ropa si este fuera necesario.
- La zona de lavado: En esta sección de la lavandería es donde se produce el lavado propiamente dicho y en ella se pueden encontrar frontales, lavadoras de barrera sanitaria o lavadoras de desinfección o trenes de lavado continuo.
- La zona de secado y planchado: En esta área se encontrarían, tanto secadoras como calandras que pueden ser de diferentes maneras, para prendas grandes o para prendas pequeñas. Además, también se pueden encontrar prensas y plegadoras.
- La zona de distribución: El equipamiento de esta sección puede contener equipamiento como carros clasificadores, máquinas de embalar o apiladores.

Dentro de las diversas formas de mantenimiento que puede llevar a cabo el profesional mecánico en el área de lavandería el mantenimiento preventivo es uno de los más importantes. El mantenimiento preventivo debe incluir la inspección periódica de todos los equipos y de toda la maquinaria, eso permitirá la detección de piezas desgastadas o la anticipación ante posibles fallas. Junto a la inspección periódica se realizarán los ajustes necesarios para el mantenimiento de la eficiencia energética.

Otro aspecto fundamental dentro del mantenimiento preventivo es la limpieza y lubricación regular de maquinaria y equipos, en muchas ocasiones la sola limpieza la lubricación de las piezas móviles del equipamiento servirá para prolongar la vida útil de este. La realización de las tareas de limpieza y lubricación, además, permitirá la detección de piezas dañadas o desgastadas, que deberán ser reemplazadas cuanto antes por unas nuevas.

El mantenimiento realizado por el profesional mecánico también incluye tener en cuenta y vigilar la seguridad de los equipos y verificar los sistemas de seguridad propios de los equipos, para proteger al personal trabajador de la lavandería de situaciones de riesgo.

Finalmente, el mecánico debe llevar un registro pormenorizado de las tareas de mantenimiento efectuadas en cada equipo, con el fin de realizar un seguimiento del mantenimiento efectuado y planificar las tareas de mantenimiento para el futuro.

5 Discusión-Conclusión

El papel del profesional mecánico y el mantenimiento preventivo son fundamentales para garantizar el óptimo funcionamiento de la lavandería en un centro hospitalario. La eficiencia y la seguridad en el suministro de lencería y ropa limpia y desinfectada son vitales para la atención adecuada de los pacientes y el personal sanitario.

El mantenimiento preventivo permite al profesional mecánico anticiparse a posibles fallos del equipamiento de la lavandería y a prolongar la vida útil de los equipos. Además, se asegura de mantener la eficiencia energética y proteger al personal de situaciones de riesgo. La elaboración de registros detallados de las tareas de mantenimiento facilita una planificación efectiva para el futuro.

6 Bibliografía

1. de apoyo. RLDSC y. 6.5.2. SERVICIO DE LAVANDERÍA O ROPERÍA [Internet]. Hospitecnia.com. [citado el 23 de julio de 2023]. Disponible en: <https://hospitecnia.com/sites/default/files/158829215151588292151.pdf>
2. Ocronos R. El personal de lavandería y el mantenimiento de los equipos de lavandería hospitalaria [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2023 [citado el 23 de julio de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/mantenimiento-equipos-lavanderia-hospitalaria/>
3. Gob.es. [citado el 23 de julio de 2023]. Disponible en: https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Organizacion_ropa_lavand.pdf
4. Mantenimiento Equipo de Lavandería [Internet]. Scribd. [citado el 23 de julio de 2023]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/241544364/Mantenimiento-Equipo-de-Lavanderia>

Capítulo 371

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU ACTUACIÓN EN LA TRAMITACIÓN DE QUEJAS Y RECLAMACIONES

MARÍA DOLORES MARTÍNEZ VICENTE

ANA BELÉN BASCUÑANA GARCÍA

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

MARTA ISABEL MOSET MOLINA

YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ

1 Introducción

Si bien una queja se presentará verbalmente, un reclamo debe presentarse por escrito. En la Ley General de Salud se reconocen expresamente estas prácticas. Por tratarse de un derecho del consumidor, en concreto de un usuario del Sistema Nacional de Salud. La tramitación de las reclamaciones de los usuarios es competencia del servicio de atención al paciente de un centro de salud. Sobre todo, este servicio tiene como objetivo elevar el estándar de atención al paciente donde los usuarios pueden presentar reclamos. Estos reclamos se realizan en un esfuerzo por mejorar su atención y comprender sus necesidades y expectativas del sistema de atención médica.

Indagar sobre la opinión de los pacientes y, por otro lado, identificar disfunciones sistémicas son objetivos de la evaluación y análisis de estas afirmaciones.

Cualquier servicio de salud, ya sea nacional o autonómico, público o privado, debe tener como objetivo principal la prestación de servicios orientados al usuario para brindarlos correctamente y subsanar las fallas. Los servicios de salud mejorarán y se expandirán como resultado de esto. Antes de analizar este tema, debemos partir de una serie de presunciones: Cada empleado habla por la Administración cuando habla con los pacientes. Los intereses de los usuarios y los intereses de la Administración se excluyen mutuamente. Y si los usuarios están contentos con la asistencia que recibieron, nuestro objetivo se habrá logrado.

2 Objetivos

- Describir el proceso de tramitación de las quejas y reclamaciones por parte del usuario de una institución sanitaria.
- Enumerar las distintas partes de las que consta el proceso de reclamación por parte del usuario.

3 Metodología

Para la elaboración de este artículo se ha realizado un estudio de revisión bibliográfica de artículos clínicos, estudios poblacionales y libros en las bases de datos científicas: Pubmed y Medline. La búsqueda sistemática se ha realizado en los idiomas: castellano e inglés.

4 Resultados

La gestión de siniestros que se produzcan en los centros sanitarios públicos, que es gestionada por la Dirección de la que dependen, tiene atribuida la prestación de servicios de atención al paciente.

La recepción y tramitación de los mismos es una de sus funciones. Cuando un usuario acude al servicio de Atención al Paciente para manifestar su disconformidad con la atención recibida, se inicia oficialmente el proceso de reclamación. Dicha visita implica que el usuario sea recibido por profesionales y progrese de la siguiente manera:

1. Sin interrumpir la presentación, prestar atención a lo que el reclamante tiene que decir y manifestar interés en su caso.
2. Para asegurarse de que se ha entendido la situación, resume lo que se escuchó.
3. Facilitar al usuario los datos necesarios para resolver cualquier duda.

4. Decidir los pasos necesarios e informar al paciente del procedimiento a seguir para la reclamación. En resumen, el proceso de reclamación consta de los siguientes pasos:

1. Formulación. La manifestación por parte del usuario de su deseo de formalizar formalmente la denuncia por escrito prepara el escenario para ello. El formulario de reclamo será entregado al usuario por el personal administrativo en forma estándar, numerada y duplicada dando al paciente un acuse de recibo también.

2. Recepción. La reclamación se remite al Servicio de Atención al Paciente. Continuará atendiendo este reclamo y notificando a Gerencia. El siguiente paso es solicitar al servicio ya los profesionales implicados información sobre el contenido de la reclamación. De esta forma, también se confirmará la validez de la referida denuncia.

3. Resolución. El proceso ha llegado a su conclusión. El Reclamante deberá recibir notificación por escrito de la resolución de su Reclamo en un plazo no mayor a tres meses. Este incluirá una introducción, un análisis y una propuesta, que será el remedio sugerido al reclamante. El Director General certificará esta resolución.

5 Discusión-Conclusión

Lograr una mejora en el estándar de atención al público en general es crucial para el funcionamiento eficiente de los centros de salud pública donde los usuarios puedan hacer reclamos, y que estos reclamos ayuden a mejorar su atención y entender sus necesidades y expectativas del sistema de salud.

No debemos pasar por alto que la evaluación y análisis de quejas y reclamaciones es una técnica para conocer la opinión de los pacientes y, por otro lado, un método para identificar disfunciones sistémicas. De todos modos, una vez que estos Servicios estén en funcionamiento, la atención al paciente debe verse como un servicio directo al paciente en el que se sienta seguro.

6 Bibliografía

1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
2. Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.
3. <https://www.astursalud.es/>

Capítulo 372

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA ATENCIÓN AL PACIENTE

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

MARTA ISABEL MOSET MOLINA

YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ

MARÍA DOLORES MARTÍNEZ VICENTE

ANA BELÉN BASCUÑANA GARCÍA

1 Introducción

Comenzamos este estudio esbozando una serie de rasgos y funciones que están relacionados con el auxiliar administrativo y la atención al paciente que desarrollaremos a continuación en este trabajo. Estos factores, así como las cualidades generales que se deben aportar en la asistencia sanitaria en cuanto al tratamiento de los pacientes, están conectados con los objetivos en los que nos centraremos. Los auxiliares administrativos que trabajan en la atención al paciente deben estar familiarizados con una serie de aspectos importantes del sistema de salud pública porque su objetivo general es brindar al paciente la mejor atención posible a la luz de sus necesidades. Sin embargo, destacaremos el valor del trabajo administrativo en este estudio cuando se trata de atención al paciente. Dado que, como ya hemos mencionado, el objetivo de la atención médica es brindar una atención de alta calidad de manera constante.

Esperamos transmitir algunas ideas fundamentales sobre la trascendencia del trabajo de los auxiliares administrativos en la buena gestión de la atención al paciente a través de la figura del auxiliar administrativo. Todo ello nos ayudará a llegar a una serie de conclusiones, que presentaremos al final del estudio y que servirán como resumen del trabajo de investigación.

2 Objetivos

Exponer la importancia que tiene el trabajo del auxiliar administrativo en cuánto al trato que ha de tener con el paciente y la formación que debe de tener en varios aspectos concretos.

3 Metodología

La metodología que hemos usado está basada en la búsqueda y revisión bibliográfica de documentos relacionados con el tema de estudio que nos aportan una visión general del trabajo que hemos realizado. También ha sido motivo metodológico el encontrar documentación que nos aporte una estructura más específica de dicho objeto de estudio. Ambas nos proporcionan una amplitud y especificidad de nuestro trabajo.

4 Resultados

En este apartado se recogerá nuestro primer objetivo, que está conectado con las cualidades que se deben aportar en salud en cuanto a la atención al paciente. Por ello, y de acuerdo con él, debemos mencionar las consideraciones más importantes que se relacionan con la atención al paciente.

El primero de ellos sería prestar atención al entorno en el que nos encontramos, ya que el sistema sanitario acoge a pacientes que con frecuencia requieren de un profesional comprensivo que les ayude a encontrarse mejor como consecuencia de sus retos médicos. Por eso, es fundamental que los profesionales de la salud, y en particular el auxiliar administrativo, se comuniquen claramente con los usuarios. Junto con la comunicación y la empatía, otras áreas que necesitan mejorar incluyen proporcionar al usuario la información que requiere de la manera más rápida y efectiva posible. Esto dependerá de la salud del usuario, de las personas en lista de espera que tenga delante o de la gravedad del paciente. Para brindar a los pacientes una atención más o menos amplia según sus necesidades, el auxiliar

administrativo debe prestar mucha atención a esta cualidad a la hora de brindar atención al paciente y evaluarla en su conjunto necesidades.

La organización de las tareas administrativas debe ser óptima, ya que su desorganización puede resultar en una incorrecta atención al paciente, como no respetar el orden de llegada del usuario, que es una de las características o aspectos más fundamentales que se deben tener en cuenta en la atención al paciente. Un bajo nivel de atención es el resultado de esto.

De todas estas cualidades, es importante señalar que las tareas administrativas efectivas, la comunicación clara, la empatía y la organización son necesarias para brindar a los pacientes una atención de la más alta calidad.

5 Discusión-Conclusión

Después de visualizar los amplios factores que debe considerar un auxiliar administrativo al brindar atención al paciente, llegamos a la conclusión de que existen numerosos factores que deben ser reconocidos y valorados. Es crucial tener una buena formación en estos rasgos porque hemos proporcionado numerosos ejemplos y conceptos generales que el administrador debe conocer bien.

La otra conclusión es que es fundamental que el auxiliar administrativo brinde servicios de atención al paciente de alta calidad basados en las características que hemos descrito. Esto se debe a las variables que debe considerar el auxiliar administrativo en la atención al paciente y que en todas ellas se involucra descrito en la sección anterior.

6 Bibliografía

- González Coll, M.T. (1976). Auxiliar Administrativo. Barcelona. Editemas, D.L.
- www.revistamedica.com

Capítulo 373

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ANTE EN EL INGRESO DEL PACIENTE EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

MARTA ISABEL MOSET MOLINA

YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ

MARÍA DOLORES MARTÍNEZ VICENTE

ANA BELÉN BASCUÑANA GARCÍA

1 Introducción

Una admisión de emergencia de un paciente es un procedimiento utilizado para admitir a un paciente en un hospital para recibir atención médica inmediata cuando experimenta una emergencia médica o una enfermedad aguda. Este procedimiento se realiza en urgencias, donde se realizan las valoraciones médicas iniciales y se decide si el paciente requiere hospitalización.

El ingreso de pacientes a urgencias es una situación grave que debe ser atendida de inmediato y con especial pericia, ya que el tiempo de respuesta puede ser crucial para la supervivencia del paciente. En términos generales, una emergencia médica es cuando la vida o la salud del paciente corre peligro inmediato o cuando una enfermedad o lesión requiere atención médica inmediata.

Se completa una evaluación inicial de la condición del paciente durante el proceso de admisión, seguida de pruebas de diagnóstico para establecer el diagnóstico y el desarrollo de una estrategia de tratamiento adecuada para su condición médica particular. El paciente puede ser admitido de inmediato en el hospital en algunas situaciones, mientras que en otras situaciones puede ser necesario trasladarlo a una unidad de cuidados intensivos o a una unidad especializada para un tratamiento en particular.

El proceso de admisión de pacientes a la sala de emergencias puede ser estresante tanto para la paciente como para su familia, es importante señalar. Para garantizar el bienestar del paciente y su pronta recuperación, es crucial que los profesionales médicos brinden al paciente una atención de alta calidad, así como un trato compasivo y comprensivo.

2 Objetivos

Esta publicación tiene como objetivo recoger y plasmar información sobre el ingreso del paciente para que se conozca la actuación del auxiliar administrativo.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y así como también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio y en buscadores de internet.

4 Resultados

Un miembro crucial del equipo involucrado en el procedimiento de admisión de pacientes del hospital es el auxiliar administrativo. Su contribución es esencial para el buen funcionamiento del procedimiento de admisión. La siguiente es una descripción de algunas de las funciones realizadas por el auxiliar administrativo al momento de la admisión del paciente.

Registro del paciente: el auxiliar administrativo es el punto de contacto inicial del paciente durante el proceso de admisión. Su trabajo es dar la bienvenida al paciente y asegurarse de que se sienta seguro. Adicionalmente, es su responsabilidad recopilar los datos personales del paciente, incluyendo su nombre completo, fecha de nacimiento, dirección, información de contacto y seguro médico.

Verificación de la Información del Paciente: El auxiliar administrativo está a cargo de verificar los datos del paciente, incluida la identificación, la información del seguro y otros datos requeridos para la facturación. Además, puede confirmar la autorización del tratamiento y la información de contacto de emergencia.

Una vez que se ha recopilado la información del paciente, el auxiliar administrativo asigna una habitación según los requisitos médicos del paciente y las opciones disponibles.

Registro de la información del paciente: El auxiliar administrativo es responsable de ingresar todos los datos pertinentes del paciente en el sistema de registro del hospital. Esto incluye datos privados del paciente, contactos de emergencia, autorización de tratamiento y otra información necesaria para la facturación.

Asistencia a los pacientes: el auxiliar administrativo puede ayudar a los pacientes durante el proceso de admisión ayudándolos a completar el papeleo requerido, respondiendo a sus consultas y brindándoles información sobre el procedimiento de admisión.

En conclusión, las funciones del auxiliar administrativo en el proceso de admisión de pacientes son cruciales para garantizar tanto la calidad de la atención del paciente como el buen funcionamiento del proceso de admisión.

Su trabajo contribuye a garantizar que los datos del paciente sean precisos y estén actualizados y que el paciente reciba la atención médica adecuada en el momento adecuado.

5 Discusión-Conclusión

Un consejo importante es que el auxiliar administrativo trate al paciente y su familia con amabilidad y comprensión cuando están siendo admitidos como pacientes. El bienestar de un paciente puede verse muy afectado por un trato humano y comprensivo durante el estresante y abrumador proceso de admisión.

Además, es fundamental que el auxiliar administrativo pueda explicar de manera clara y sucinta el procedimiento de admisión y responder a las consultas del paciente y su familia.

Finalmente, para garantizar la mejor atención posible al paciente, es fundamental que el auxiliar administrativo preste mucha atención a los detalles y verifique minuciosamente la información del paciente.

6 Bibliografía

1. Ruiz-Cerino, J. M., Tamariz-López, M. M., Méndez-González, L. A., TorresHernández, L., & Duran-Badillo, T. (2020). Percepción de la calidad del cuidado de Enfermería desde la perspectiva de personas hospitalizadas en una institución pública. *Sanus*, 5(14).
2. <https://dialnet.unirioja.es/>

Capítulo 374

MATERIALES FERROSOS Y NO FERROSOS QUE HAN DE UTILIZAR MECÁNICOS Y ELECTRICISTAS DEL GRUPO DE GESTIÓN Y SERVICIOS

JOSÉ LUIS CASADO APARICIO

LUIS MIGUEL DEL FRESNO SÁNCHEZ

DAVID SANCHEZ CAMBRONERO

HONORATO LOZANO MOYA

IVAN ESPARTERO MUÑOZ

1 Introducción

Tanto mecánicos como electricistas han de conocer los materiales ferrosos y los no ferrosos para poder realizar su trabajo, ya sea realizando soldadoras, moldes, etc.

Los metales ferrosos y no ferrosos es una de las clasificaciones más usadas comúnmente para dividir los tipos de metales que existen.

Un metal es un material normalmente duro, opaco y brillante que posee una excelente conductividad térmica y eléctrica, un metal puede ser un elemento puro como el hierro o el cobre o una aleación de materiales realizada por el hombre como el latón o el acero o un compuesto de moléculas.

Los metales ferrosos tienen la característica de poseer mucho hierro, como el hierro y sus aleaciones, estos materiales no se suelen conseguir en estado puro, sino que se componen de óxidos que se hallan en las minas.

Los metales no ferrosos tienen muy poca cantidad de hierro en su estado natural, entre los más importantes están el aluminio y el cobre.

La elección entre un material ferroso y otro no ferroso depende de la cualidad tanto aplicación y necesidad del mismo, por lo que es necesario conocer sus diferencias y su debido uso, ya que existe hay un enorme rango de materiales en los dos grupos.

2 Objetivos

- Ayudar a diferenciar los materiales ferrosos y los no ferrosos.
- Explicar los diferentes usos de cada uno para el desarrollo de las funciones del personal mecánico y electricista en centros sanitarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio. Las palabras clave usadas han sido; metal ferroso y metal no ferroso.

4 Resultados

Metales Ferrosos

Hierro y sus aleaciones. Sus características y propiedades son, entre otras:

- Poseen gran concentración de Hierro.
- Son materiales pesados ya que tienen alta densidad.
- Su temperatura de fusión es muy elevada, por lo que para fundirlos son necesarias soldaduras y hornos muy potentes, además de ser muy duros.
- Se oxidan con facilidad, siendo rojizo su óxido, al ser fácilmente oxidables son propensos a la corrosión, lo que influye negativamente en el mantenimiento y coste.

- Son muy utilizados debido a su abundancia y conducción de electricidad, magnetismo y calor.
- Las aleaciones como el acero, son dúctiles y maleables exceptuando aquellas con alto porcentaje de carbono.
- Poseen una gran resistencia a la tracción.

Entre los materiales ferrosos nos encontramos; o El Hierro, (el único de los metales ferrosos que aparece en la tabla periódica). o Las fundiciones de hierro fundido o colado. o Toda clase de aceros como el acero al carbono y acero inoxidable. o Hierro forjado o dulce. o Hierro en bruto. o Hierro dúctil. o Hierro gris.

Metales No Ferrosos

Son los que poseen una baja presencia de hierro en su estado natural, los más comunes son el cobre y el plomo. Sus características y propiedades son, entre otras:

- No tienen hierro.
- Son bastante ligeros, debido a su baja densidad.
- Son más resistentes a la corrosión que los ferrosos, es por ello que necesitan menos mantenimiento.
- Son excelentes conductores de la electricidad y de la energía calórica.
- Para fusionarlos la temperatura es variable.
- Los más conocidos poseen una baja resistencia mecánica y son blandos, si los comparamos con el hierro, aunque existen excepciones como el titanio, que, aunque tiene poca densidad es muy duro.

En definitiva, son aquellos metales que no poseen hierro, los más usados en mecánica y electricidad son: o Cobre o Zinc o Plomo o Aluminio o Estaño o Níquel o Latón o Manganeso o Titanio o Acero de tungsteno

5 Discusión-Conclusión

Los metales ferrosos son el hierro y sus aleaciones. Son materiales muy duros y con gran resistencia a la tensión, son muy usados por su abundancia y coste, aunque cuentan con la desventaja de ser muy duros para trabajar, pesados debido a su alta densidad y se oxidan fácilmente, por lo que su mantenimiento es costoso, ya que es muy periódico.

En cambio, los metales no ferrosos son los que poseen una baja presencia de hierro en su estado natural, por lo que son todos los metales que aparecen en la tabla periódica exceptuando el hierro.

El personal de gestión y servicios mecánico y electricista, deberán analizar la aplicación que se va a realizar del metal, para poder elegir el adecuado, por lo que debe tener conocimiento de las características y usos de los distintos metales.

6 Bibliografía

1. De la chatarra 1. Materiales Ferrosos o. Férricos a. Principales Yacimientos de Mineral de Hierro b. Tipos de Minerales de Hierro 2. Procesos de Obtención del Acero y. Otros Productos Ferrosos a. Materia Prima del Horno Alto b. Funcionamiento del Horno Alto c. Transformación de Arrabio en Acero: Convertidor d. Obtención de Acero a. Través. TEMA: MATERIALES FERROSOS [Internet]. Gva.es. [citado el 14 de julio de 2023]. Disponible en: <https://portal.edu.gva.es/wp-content/uploads/sites/607/2020/09/1%C2%BA-BACH-TEMA-2.-MATERIALES-FERROSOS.pdf>
2. Metales ferrosos y no ferrosos [Internet]. ConceptoABC. 2019 [citado el 14 de julio de 2023]. Disponible en: <https://conceptoabc.com/metales-ferrosos-y-no-ferrosos/>
3. Metales. Materiales ferricos y no ferricos [Internet]. Tecnologia-informatica.es. [citado el 14 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.tecnologia-informatica.es/metales/>

Capítulo 375

FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE LABORATORIO

JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO

JOSÉ MARIA JIMÉNEZ LOZANO

MARIA JULIA ROMERO LUJAN

MARIA DEL PILAR VILLOLDO JAREÑO

DELFINA MARGARITA ORTIZ QUIROS

1 Introducción

Actualmente el paradigma de la práctica de la medicina es aquella basada en la evidencia, esto es, la medicina moderna, aquella cuyos prácticas y avances se sustentan en el método científico, el cual se sigue para la obtención de nuevos tratamientos, llevar a cabo estudios comparativos entre diferentes medicamentos, estudios de eficacia, etc.

Muchos de estos estudios para obtener evidencia de calidad están diseñados de forma que se necesita realizar experimentos, pruebas, análisis, etc., en un laboratorio, así como la práctica de la medicina clínica en los hospitales requiere de grandes laboratorios en continuo funcionamiento en los que se analizan muestras de sangre, se preparan muestras para visualizar al microscopio de las biopsias en anatomía patológica, se realizan extensiones de sangre, etc.

Para que un laboratorio funcione adecuadamente se requieren medidas de protección y protocolos de actuación singulares y que difieren mucho del funcionamiento de otros servicios del hospital, pues en un laboratorio se tratan muestras que entrañan peligros biológicos y que han de ser manejadas de forma especial para evitar accidentes. El laboratorio también requiere de vestimenta adecuada y el conocimiento de medidas de seguridad para saber como actuar, por ejemplo, frente a una quemadura por sustancias químicas. Todo el personal que trabaja en el laboratorio ha de tener estos conocimientos, esto incluye al celador.

En este trabajo se tratarán las funciones que el celador realiza en el laboratorio.

2 Objetivos

- Listar las funciones que el celador lleva a cabo en el laboratorio.
- Explicar brevemente de qué tratan cada una de esas funciones, destacando la labor del celador en el laboratorio.
- Poner en valor del trabajo que realiza el celador en esta unidad, necesario para el correcto funcionamiento del laboratorio.

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”, “laboratorio”, “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

El laboratorio es aquel lugar del hospital que cuenta con las medidas de aislamiento y protección adecuadas y con la maquinaria médica adecuada para el tratamiento y procesamiento de las muestras biológicas que son manejadas y donde trabaja multitud de personal, como lo son los técnicos de laboratorio, enfermeras, médicos anatomopatólogos, personal de limpieza y mantenimiento, auxiliares administrativos, celadores, etc.

En el presente texto, se explicarán ordenadamente las funciones que el celador lleva a cabo en el laboratorio.

Entre las labores que recaen sobre la figura del celador en el laboratorio, una de las más importantes y urgentes es la del traslado de biopsias intraoperatorias al laboratorio de anatomía patológica. Cuando es necesario transportar alguna de estas biopsias, el celador dejará su quehacer y dará prioridad a esta tarea, realizándola con premura, pues hay un paciente y todo un equipo quirúrgico esperando los resultados de dicha biopsia, según los cuales se procederá con la intervención de una u otra manera.

El celador se encargará del traslado de muestras de sangre desde el hospital de día y el servicio de hematología, el área de extracciones etc., hasta el laboratorio para ser procesadas. También trasladará dichas muestras desde los centros de salud u hospitales que no cuenten con laboratorio hasta su hospital de referencia, siguiendo las medidas adecuadas para el traslado de muestras biológicas.

El celador llevará el contenido de las biopsias que son realizadas por multitud de especialidades, como dermatología, digestivo, neumología, etc. hasta el laboratorio donde serán procesadas e interpretadas.

El celador será el encargado de dar los avisos a mantenimiento y trasladar recados o comunicaciones a diferentes profesionales y servicios cuando así se le solicite. Será el celador quien, al final del día, traslade las jaulas llenas de pijamas sucios a lavandería.

El celador velará por el orden en el laboratorio, procurando que solo entre personal autorizado en el laboratorio.

5 Discusión-Conclusión

El laboratorio es un lugar clave para el funcionamiento adecuado de la práctica clínica de un hospital, así como para la evolución de la ciencia y la investigación, pues en él se realizan multitud de experimentos, pruebas clínicas diagnósticas, como análisis de sangre, cultivos de heces, biopsias intraoperatorias, etc., El lab-

oratorio funciona de manera continua durante la práctica clínica de un hospital, y requiere de personal cualificado que conozca las medidas de seguridad, protocolos de vestimenta y actuación adecuados, esto incluye al celador, el cual, con su labor, contribuye a que el laboratorio funcione de forma adecuada y preste así un servicio óptimo al hospital, lo que se traduce en un buen funcionamiento del mismo, y en definitiva, en una atención sanitaria de calidad al ciudadano.

6 Bibliografía

1. El celador de laboratorio - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. (n.d.). Retrieved July 13, 2023, from <https://revistamedica.com/celador-de-laboratorio/>
2. Jesús, C. J., Linares, G., del Mar Molero, M., María, J., Carmen, D., África, P.-F., Martínez, M., Belén, A., Martín, B., del Mar, M., & Márquez, S. (n.d.). Actas del IV Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud Volumen II. Retrieved July 13, 2023, from <https://dioposiciones.com/wpcontent/uploads/2018/12/tema-4.3-ses.pdf>

Capítulo 376

FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE PARITORIO

JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO

JOSÉ MARIA JIMÉNEZ LOZANO

MARIA DEL PILAR VILLOLDO JAREÑO

MARIA JULIA ROMERO LUJAN

DELFINA MARGARITA ORTIZ QUIROS

1 Introducción

La especialidad médica de obstetricia y ginecología se encarga de aparato genital femenino, y concretamente su división de obstetricia, es aquella especialidad que estudia, maneja y trata aquellos procesos patológicos que puedan acontecer a la mujer en durante el embarazo, parto y postparto.

El paritorio es el área del hospital la cual está acondicionada para llevar a cabo los partos. Se encuentra generalmente dentro de la planta de obstetricia, y en ella trabajan multitud de personal.

La medicina moderna aboga por el parto medicalizado, esto es, un parto que tiene lugar en un centro hospitalario, atendido por médicos especialistas, con monitorización fetal y materna continua, control del dolor materno, y disponibilidad de quirófano, uci, equipo de reanimación pediátrica, etc., que serían utilizados en

caso de la aparición de complicaciones intraparto. En los llamados partos naturales o en casa no se cuenta con todo esto, y si las complicaciones se presentan el desenlace puede ser fatal para la madre o para el neonato.

De todo esto se puede deducir que el paritorio de un hospital es un área compleja, llena de profesionales de diferentes categorías que hacen posible que un acontecimiento vital tan importante como es el hecho de traer al mundo una vida suceda de la manera más tranquila y con las menores complicaciones posibles.

En el presente texto se analizarán las funciones que lleva a cabo el celador en el servicio de paritorio.

2 Objetivos

- Enumerar las funciones que el celador lleva a cabo en el paritorio.
- Desarrollar brevemente de qué tratan cada una de esas funciones, destacando la labor del celador en área de paritorio.
- Poner en valor el trabajo que realiza el celador en esta unidad, necesario para su correcto funcionamiento.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “celador”, “paritorio”, “ginecología y obstetricia”, y utilizando el límite “spanish” para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable. También se ha utilizado el motor de búsqueda Google para encontrar artículos y otras páginas útiles.

A continuación, se ha llevado a cabo una revisión ordenada de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos de publicaciones académicas revisadas que han resultado de mayor interés y calidad para la realización de este trabajo.

Finalmente, se ha extraído la información de interés para elaborar este trabajo y exponer los objetivos de forma breve y concisa.

4 Resultados

La unidad de paritorio no es un área de hospitalización y no existen en ella horarios de visita, sino que la mujer está acompañada en todo momento por el acompañante que ella misma ha elegido. El paritorio es un área compleja del hospital que suele estar conformada por varias partes, entre las que encontramos: un área de quirófano, para la realización de cesáreas o cirugías ginecológicas en caso de complicaciones maternas, salas de exploración y de analgesia epidural, habitaciones de dilatación individual con baño y camas multiposición, salas de lactancia y puerperio, etc.

A continuación, se expondrán las funciones que desarrollará el celador en esta unidad.

El celador trasladará a las pacientes embarazadas en silla de ruedas o en camilla a la unidad de paritorio, bien desde el área de urgencias o desde otras áreas de hospitalización, si es que la mujer se encontraba ya ingresada previo al inicio del parto, así como toda la documentación necesaria para su identificación, como pueden ser historias clínicas, documentos de consentimiento informado, etc.

Si se hace necesario trasladar un recado o una orden verbal, será el celador quien la transmita al profesional correspondiente de forma rápida y eficiente.

El celador transportará todo el aparataje médico, inmobiliario y dispositivos médicos que puedan ser utilizados en área de paritorio, como ecógrafos, camillas multiposición, etc.

El celador transportará al paritorio aquellos elementos de farmacia pesada, como lo son las cajas que contienen las bolsas de suero, yodo y otros antisépticos tópicos, etc.

El celador también se encargará de recoger las jaulas llenas de ropa sucia al final del día y trasladarlas a lavandería.

El celador velará por el orden en el área de paritorio, evitando la entrada a esta zona a personal no autorizado.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto a lo largo del presente texto, el embarazo y es un proceso muy complejo que ha de ser seguido por profesionales de la salud, y especialmente el parto, atendido en un ambiente hospitalario que cuente con la tecnología médica para poder solventar complicaciones en la medida de lo posible, esto es el paritorio, pues un parto en el que de repente aparecen complicaciones, muchas de ellas impredecibles, puede desencadenar en una desgracia, sobre todo cuando no

se cuenta con un equipo médico.

En el paritorio se coordina el trabajo de multitud de profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios, entre los que encontramos obstetras, personal de enfermería, auxiliares, celadores, personal de limpieza y mantenimiento, etc. El celador con su labor contribuye al funcionamiento correcto del área de paritorio.

6 Bibliografía

1. Funciones del CELADOR en MATERNIDAD | FisioStar. (n.d.). Retrieved July 16, 2023, from <https://fisiostar.com/celador/funciones-del-celador-en-maternidad>
2. ▷ El celador y la paciente embarazada - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. (n.d.). Retrieved July 16, 2023, from <https://revistamedica.com/celador-paciente-embarazada/>

Capítulo 377

FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA

JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO

JOSÉ MARIA JIMÉNEZ LOZANO

MARIA DEL PILAR VILLOLDO JAREÑO

MARIA JULIA ROMERO LUJAN

DELFINA MARGARITA ORTIZ QUIROS

1 Introducción

Si nos remontamos a épocas anteriores a la medicina moderna, en la que no se contaba con amplio arsenal tecnológico y terapéutico que existe hoy en día, apreciaremos que las posibilidades diagnósticas quedaban ampliamente reducidas, pues muchas veces la mayor fuente de información sobre el estado del paciente proviene de una radiografía, un tac, o una resonancia magnética.

En tiempos en los que no existía la posibilidad de realizar estas pruebas, la medicina trabajaba en cierto modo “a ciegas” y, aunque existían formas rudimentarias para intentar intuir que estaba sucediendo en el interior de un cuerpo que no podemos observar de forma directa, la medicina no avanzó de forma sustancial hasta que no se perfeccionaron sistemas que permitían observar el cuerpo humano in vivo.

Si bien es cierto destacar la importancia de la entrevista con el paciente y la exploración física, en ocasiones una prueba complementaria de imagen resulta esclarecedora para llegar al diagnóstico o para trazar el proceso terapéutico, por ejemplo, cuando a través de una radiografía de tórax observamos focos de neumonía o cuando un TAC o resonancia magnética permiten delimitar la extensión de un tumor y orientar así la técnica quirúrgica posterior.

Por todo ello hoy en día todos los hospitales cuentan con un servicio de radiología que a su vez sirve al resto de especialidades, y en el que trabajan multitud de profesionales. En el presente texto se explicará la labor del celador en el servicio de radiología.

2 Objetivos

- Enumerar las funciones que el celador realiza en el servicio de radiología.
- Desarrollar de forma escueta de qué tratan cada una de esas funciones, destacando la labor del celador en este servicio.
- Poner en valor el trabajo que realiza el celador en el servicio de radiología, necesario para su correcto funcionamiento.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “celador”, “radiología”, “radio-diagnóstico”, 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

Desde la aparición de la primera máquina de rayos X, muy rudimentaria, poco eficiente energéticamente y que además dispersaba en exceso la radiación, haciendo que tanto el profesional de la salud como el paciente recibiesen más radiación de la necesaria; hasta hoy, las técnicas y máquinas utilizadas por el servicio de radiología han sido perfeccionadas, permitiendo un uso más seguro y eficiente. Por ejemplo, el uso de colimadores permite focalizar el rayo en la zona deseada y que el resto del cuerpo no reciba radiación, o las nuevas secuencias de resonancia magnética permiten eliminar la señal grasa o detectar cambios en la difusión de los tejidos, muy útil en los accidentes cerebrovasculares.

A continuación, se expondrán las funciones que son competencia del celador en el servicio de radiología.

El celador será el encargado del transporte de los pacientes hacia el servicio de radiología, bien en silla de ruedas desde urgencias, o en camilla si están ingresados y necesitan una prueba de imagen complementaria. También trasladará el celador toda la documentación médica que pueda ser necesaria, como la historia clínica del paciente, volantes, etc.

Cuando sea necesario, el celador ayudará al técnico de imagen en pequeñas tareas como puede ser el correcto posicionamiento del paciente.

El celador se encargará del transporte de mobiliario, camillas, aparataje médico, como ecógrafos o máquinas de rayos x portátiles, dentro y fuera del servicio de radiología, cuando así se le solicite.

Si fuera necesario comunicar un recado u orden verbal, será el celador quien lo transmita al profesional o servicio del hospital pertinente de forma eficiente.

El celador procurará el orden en las salas de espera mandando silencio cuando la situación lo requiera y controlará el paso de personal no autorizado a zonas restringidas del servicio de radiología.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo del texto se ha expuesto como el desarrollo de la radiología ha sido un hito en el avance de la medicina, y como este servicio actúa como un servicio consultor que nutre a la totalidad de especialidades médicas, las cuales, necesitan de pruebas de imagen en menor o mayor medida para desempeñar su función clínica.

En el servicio de radiología trabajan facultativos especialistas de radiodiagnóstico, técnicos de rayos, enfermeros, auxiliares de enfermería, personal adminis-

trativo, personal de limpieza y mantenimiento, celadores, etc.

El celador contribuye con su trabajo a que un servicio tan fundamental como es el servicio de radiología funcione de forma correcta.

6 Bibliografía

1. ▷ Funciones del celador en el servicio de radiología. (n.d.). Retrieved July 13, 2023, from <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-del-celador-en-el-servicio-de-radiologia/>
2. ▷ Eficacia y eficiencia de l@s celador@s en el servicio de Radiodiagnóstico - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. (n.d.). Retrieved July 13, 2023, from <https://revistamedica.com/eficacia-eficiencia-celadores-radiodiagnostico/>

Capítulo 378

INSTALACIONES DE INTERCOMUNICACIÓN EN HOSPITALES, POR ELECTRICISTAS Y MECÁNICOS PERTENECIENTES A GESTIÓN Y SERVICIOS

LUIS SANTIAGO LAGUNA CANO

MANUEL JIMÉNEZ ALMOGUERA

JUAN GIJÓN MERCHAN

PEDRO JAVIER DÍAZ YÉBENES

JUAN RODRIGUEZ CHAPARRO

1 Introducción

Los correos o tubos neumáticos son unos sistemas de transporte que aumentan la productividad en los diferentes servicios de un hospital. Se componen por sistemas neumáticos y electromecánicos controlados por microprocesadores, permitiendo comunicación física entre dos zonas, mediante tuberías impulsadas por aire en las que circulan las cápsulas contenedoras de lo que se quiere transportar. Se basan en el principio de la presión del aire para poder mover objetos, se compone por estaciones de envío y recepción ubicadas en las distintas zonas de una

instalación siendo los puntos de destino y salida del objeto que se transporte. Funciona con un compresor de aire que comprime el aire del ambiente y lo envía por las distintas tuberías a lata presión, en el punto de envío el usuario introducirá en la cápsula cilíndrica lo que necesite transportar, activará el sistema mediante la introducción de un código que abrirá la válvula dejando que el aire comprimido entre en el tubo y empuje a la cápsula en la dirección indicada mediante la red de tubos y a gran velocidad; cuando la cápsula llegue al punto de recepción un mecanismo de detección abrirá otra válvula haciendo que la cápsula salga y llegue al punto destinado, en este el usuario sacará el objeto transportado y devolverá la cápsula vacía a la estación de envío para su reutilización.

2 Objetivos

Exponer el funcionamiento del Sistema del correo neumático, dentro del hospital. Subrayar la importancia del conocimiento adecuado de estos sistemas de correo neumático por parte de los profesionales electricistas y mecánicos para el mantenimiento y la prevención de averías.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo de libro nos hemos basado en una revisión bibliográfica tras la consulta de varios artículos existentes, 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 los artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También se han realizado búsquedas en Google y Google Académico usando como palabras claves: “sistemas neumáticos hospitalarios” o “mantenimiento del correo neumático”.

4 Resultados

El correo Neumático en un centro hospitalario es un sistema de distribución de pequeños materiales como documentación, analíticas, sangre en bolsas, medicamentos, y otros objetos pequeños, agilizando los envíos, ya que disminuye los tiempos eliminando desplazamientos de personal innecesarios.

El Correo Neumático se compone de:

- Turbina: Hay de diferentes tipos, la más común es la centrífuga, se encarga de tomar aire exterior y a través de unas palas en su eje, el aire aspirado entra succionado, disminuyendo el espacio hasta crear una presión que expulsa el aire dentro del sistema.
- Sistema de Tuberías: están dentro del entramado del edificio, fabricadas en PVC, se conectan entre sí por uso aros adhesivos en acero inoxidable que evitan que se produzcan fugas en el circuito, por todo el sistema hay unos manguitos intumescentes a modo de cortafuegos, evitando posibles incendios.
- Estaciones de Dirección: Son los dispositivos que usan los trabajadores para seleccionar el destino de la cápsula, se controla por una unidad central, que a través de un ordenador, mueve la compuerta activando el transporte y dirigiendo hacia su correcto destino a la cápsula.
- Unidad Central: es donde se realizan las conexiones entre las distintas líneas, monitorizando cada envío.
- Estación de Planta: la cápsula llega a través de estas estaciones, poseen una serie de luces de testigo que informan si se recibirá o enviará algo, tienen una pantalla con un teclado en la que indicaremos dónde queremos enviar.
- Cápsulas o cartuchos transportadoras: Son los recipientes donde se ponen lo que se deba transportar, tubo de analítica, documentos, muestras...

Estos sistemas neumáticos tienen sus ventajas y desventajas.

Ventajas:

- su disponibilidad ilimitada.
- Gran fiabilidad y durabilidad.
- Es un sistema económico.
- Elimina desplazamientos maximizando el tiempo.

Desventajas:

- Espacio: como tiene que tener varias tuberías de conducción el espacio del área debe ser amplio.
- Variación de Presiones: puede ocurrir si el aire del exterior es caliente o frío, lo que modifica su volumen.

5 Discusión-Conclusión

El personal electricista y mecánico, son los encargados de la supervisión, mantenimiento y si es necesaria, la reparación de estos sistemas, deberá comprobar que no se produzcan fugas, observando a través del ordenador central si ha ocurrido algún error, si lo percibiera deberá avisar al jefe de mantenimiento para que

se solucione el error lo antes posible.

El sistema neumático juega un papel muy importante en la mejora de la eficiencia y optimización de la productividad. Son muy eficaces respecto al transporte de documentos, muestras, medicamentos, etc. respetando la confidencialidad.

El profesional electricista y mecánico deberá seguir las instrucciones del fabricante en cuanto a sus cuidados y mantenimiento, contribuyendo a fomentar un entorno eficiente y seguro.

6 Bibliografía

1. de Muestras LI de I de TN, Hospitales D y. M, De nueva construcción se ha EE en LÚ 25 AES de TN de M es FIT en HEC. TRANSPORTE NEUMÁTICO DE MUESTRAS EN HOSPITALES [Internet]. Hospitecnia.com. [citado el 3 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://hospitecnia.com/sites/default/files/158828445201588284452.pdf>
2. Klosko R. Aerocom [Internet]. Aerocom.de. [citado el 3 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.aerocom.de/es/aplicaciones/hospitales>
3. Publicado Por U. Instrumental de Enfermería [Internet]. Blogspot.com. [citado el 3 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://instrumentalenfermero.blogspot.com/2012/12/transporte-neumatico-de-muestras-tubos.html>

Capítulo 379

PRINCIPIOS PREVENTIVOS BÁSICOS EN LA FUNCIÓN DE MANTENIMIENTO DEL MECÁNICO Y ELECTRICISTA PERTENECIENTES AL GRUPO DE GESTIÓN Y SERVICIOS HOSPITALARIOS

HONORATO LOZANO MOYA

IVAN ESPARTERO MUÑOZ

LUIS MIGUEL DEL FRESNO SÁNCHEZ

DAVID SANCHEZ CAMBRONERO

JOSÉ LUIS CASADO APARICIO

1 Introducción

La prevención de riesgos laborales es una legalidad de seguridad de la salud respecto a los trabajadores en la que los directivos se encuentran obligados a respaldar la salud y seguridad en todos los aspectos relacionados con el trabajo a realizar. Prevención: este término hace alusión a la acción y efecto de prevenir. Este concepto posibilita prever un daño o anteponerse a una dificultad. El tér-

mino riesgo, por su parte, está asociado a la proximidad de un posible daño y a la fragilidad que el mismo hace en quienes lo perciben.

Según las anteriores definiciones la prevención de riesgos se basa en restringir los accidentes y reducir al máximo posible los daños en los trabajadores, en el caso de que ocurran algún accidente.

Actualmente, lo lógico es que los trabajadores cuenten con el apoyo de la legislación para hacer efectivo su derecho a ser protegidos reglamentariamente contra los riesgos en el trabajo y que a su vez esto se traduce en una obligación para los directivos con respecto a sus empleados. La Ley 31/1995 del 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales es la herramienta que sirve de regulación al Estado español que garantiza y determina las responsabilidades y obligaciones para proteger la salud de los trabajadores y trabajadoras ante los peligros procedentes de las condiciones de trabajo y constituir unas bases para una legalidad en la política de prevención de los riesgos laborales coordinada y eficaz, abarcando aquellos aspectos y matices más técnicos en medidas preventivas.

2 Objetivos

Poder mostrar y manifestar una secuencia de principios preventivos básicos a tener en cuenta a la hora de realizar cualquier trabajo u operación de mantenimiento.

3 Metodología

Para la realización y elaboración del actual capítulo se ha procedido a llevar a cabo un examen radicado en una revisión bibliográfica acerca de la prevención de riesgos laborales.

Además se ha consultado las principales bases de datos asesorándonos y seleccionando artículos en Google, y seleccionando aquellos derivado de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las tareas y trabajos de mantenimiento son imprescindible para poder conservar un entorno laboral fiable, pero a su vez establece una labor de cierto riesgo, ya que, los trabajadores tienen más posibilidad de enfrentarse a una disparidad

de probables riesgos, por lo cual es beneficioso tener en cuenta estos principios fundamentales:

1. Programar todos los trabajos y tareas de mantenimiento valorando los riesgos, así como la seguridad en el diseño y planteamiento de las máquinas, herramientas, equipos de protección individual (EPIS) y en la cualificación del trabajador.
2. Establecer de toda la información sobre las máquinas, herramientas y EPIS asegurándose de que esta información sea accesible a todo el personal y fácil de ubicar.
3. Seleccionar un número de personas que van a colaborar en las tareas y trabajos, quienes serán, el tiempo que necesitan utilizar y medios que van a necesitar para la realización del trabajo.
4. Asegurar la seguridad de la zona de trabajo con carteles o barreras de prevención, tanto como mantener en condiciones de limpieza y seguridad la zona
5. Poner etiquetas de advertencia de peligro en las dotaciones o equipos bloqueados (fecha, hora y persona que ha intervenido).
6. Utilizar equipos y herramientas concretas para el trabajo que se vaya a ejecutar y que puedan diferenciarse de los que se utilizan de forma habitual.
7. Persistir en el plan de trabajo fijado aunque el tiempo apremie, porque extralimitarse respecto a las propias competencias podría terminar en un accidente.
8. Ante una avería inesperada que impida el proceso de trabajo, debería ser necesario transmitir lo ocurrido, o asesorarse por otros especialistas, antes de actuar.
9. Realizar comprobaciones finales para acreditar que el trabajo realizado se encuentra en condiciones de arreglo y seguridad, así como comprobar que el material de desecho generado se ha retirado.
10. Realizar un informe donde se el trabajo hecho, añadiéndole también al informe observaciones acerca de las dificultades encontradas y las sugerencias de mejora.

5 Discusión-Conclusión

Los peligros a los que se expone el personal de mantenimiento están altamente relacionados con el patrón de actividad y el entorno donde se realiza, de ahí que por eso hay tantos peligros como actividades tengan que hacer. A consecuencia del riesgo que se corre al realizar una actividad, se tiene en cuenta una serie de diferentes principios preventivos básicos adaptable a cualquier trabajo de mantenimiento, unido a una buena formación y una correcta práctica, podemos valorar un entorno laboral seguro y eficiente.

Cabe recalcar que la herramienta imprescindible y fundamental para identificar y valorar los peligros son las inspecciones laborales, en las cuales nos valoran

y comunican el tipo de peligro al que está expuesto el trabajador en su área de trabajo y establece una prueba real de las condiciones laborales, pues se basa en la aplicación de estudio de las diversas zonas de trabajo con las cuáles tiene contacto el trabajador, consiguiendo así descubrir requisitos de mejora al reconocer los puntos estratégicos que proporcionarían tomar las medidas preventivas y correctivas para una mejora del desempeño del trabajo con una mayor seguridad laboral.

6 Bibliografía

1. Unican.es. [citado el 4 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://web.unican.es/unidades/prevencion/Documents/Normativa%20UC%20y%20Legislaci%C3%B3n/Manual%20b%C3%A1sico%20de%20prevenci%C3%B3n%20de%20riesgos%20en%20Mantenimiento.pdf>.
2. López S, Antonio R, Sánchez M. Mantenimiento: exposición y consecuencias Fecha de elaboración [Internet]. Insst.es. [citado el 4 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.insst.es/documents/94886/96076/mentenimiento+consecuencias/dce81c62-e95b-4f64-9130-c3703c70d911>.
3. de Mantenimiento. No NDETSPP. Servicio Prevención de Riesgos Laborales [Internet]. Castillalamancha.es. [citado el 4 de agosto de 2023]. Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131015/4_-_normas_de_trabajo_seguro_para_personal_de_mantenimiento_1.pdf.

Capítulo 380

LA IMPORTANCIA DE LA SEGURIDAD ELÉCTRICA EN QUIRÓFANOS, FUNCIÓN PROFESIONAL ELECTRICISTA Y MECÁNICO PERTENECIENTES AL EQUIPO DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO

JUAN RODRIGUEZ CHAPARRO

LUIS SANTIAGO LAGUNA CANO

MANUEL JIMÉNEZ ALMOGUERA

JUAN GIJÓN MERCHAN

PEDRO JAVIER DÍAZ YÉBENES

1 Introducción

Tanto una sala de cirugía menor como un quirófano o un paritorio pueden llegar a convertirse en un lugar con gran riesgo tanto para el paciente como para todo el personal que se encuentra trabajando en esa zona.

Esto es debido a que en un quirófano hay una gran cantidad de dispositivos y aparatos energéticos y eléctricos que pueden llegar a ser muy peligrosos si son instalados y usados de una forma inadecuada, ya que estos aparatajes pueden

poner en riesgo la salud y vida del paciente y de los sanitarios que le estén practicando una cirugía. Por este motivo, la seguridad eléctrica que exista en las salas de operaciones quirúrgicas desde el mismo momento en que sea instalada, es una de las cuestiones más importantes de dichas áreas.

El campo de la medicina está siempre innovándose con nuevas tecnologías, por lo que actualmente vemos una mayor cantidad de dispositivos y aparatos que funcionan con energía eléctrica en los quirófanos, dichos aparatos y elementos usan distintos tipos de fuentes de energía, que pueden ser desde la energía por microondas, electromagnética, la mecánica en longitud de onda ultrasónica, etc. Estos novedosos dispositivos son un gran avance médico en cuanto a técnicas de intervención quirúrgica, por ello el trabajo, mantenimiento y revisión de las instalaciones por parte del personal electricista y mecánico adquiere gran importancia en este tipo de instalaciones.

2 Objetivos

- Exponer la importancia de la electricidad en las zonas quirúrgicas.
- Explicar la importancia de electricistas y mecánicos en sus funciones de mantenimiento de quirófanos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado 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; quirófano condiciones eléctricas.

4 Resultados

En una sala de quirófano existen tres formas básicas y fundamentales para hacer llegar la corriente de electricidad, estas son:

- Los mecanismos normales de uso doméstico, no recomendados por los posibles cortocircuitos y subidas de tensión.
- Sistemas aislados, tampoco recomendados por posibles averías e interrupción de la energía.

- Interruptores de circuito para evitar fallos en la conexión a tierra, este es el recomendado pues poseen la capacidad de cortar el suministro eléctrico pero sin quitar la energía, sólo cortará el suministro en la zona donde se esté produciendo un problema o posible avería pero no afectará a la totalidad de suministro eléctrico de la zona quirúrgica.

En los quirófanos siempre es necesario tener un generador alterno que pueda proporcionar energía, para que nunca falte la electricidad y se active en el caso de fallo en el generador principal.

La principal finalidad que tiene la seguridad eléctrica dentro de los quirófanos es la de lograr conseguir protección y reducir al máximo los posibles riesgos eléctricos, como shocks eléctricos, riesgos de explosión e incendios, etc.

Los encargados de la instalación eléctrica son los que deben velar para que el servicio de electricidad funcione de forma continua y en caso de avería, los quirófanos puedan continuar operando por medio de una UPS.

Las tomas de corriente en los quirófanos deben de estar distribuidas por todas las paredes del área, algunas incluso en el techo para despejar zonas y así evitar caídas por tropiezo con los cables. Para garantizar la protección al paciente en un quirófano, es necesario que hay un flujo continuo de electricidad, por ello es muy importante que haya sistemas aislados a tierra, ya que protegen a todos los elementos de metal que rodean al paciente al mismo tiempo que protegen las tomas de corrientes de uso sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto, la seguridad eléctrica en los quirófanos tiene gran importancia para poder hacer frente de forma adecuada a posibles averías y riesgos relacionados con la corriente eléctrica, asegurando la continuidad de los flujos de energía.

Todos los equipos y aparatos que sean utilizados para garantizar la seguridad, han de ser destinados únicamente a la alimentación de los equipos sanitarios y además han de cumplir las normas técnicas de obligado cumplimiento a nivel internacional con la finalidad de garantizar la salud de todas las personas que se encuentren en un quirófano.

El personal electricista y mecánico de los centros hospitalarios, ha de revisar diariamente los quirófanos, comprobando que todo esté en perfecto funcionamiento, si observara alguna anomalía, deberá dar aviso para cerrar la sala y realizar la reparación lo antes posible.

6 Bibliografía

1. Importancia de la seguridad eléctrica en las salas de cirugía [Internet]. SeisaMed La Solución Inteligente. Seisamed; 2019 [citado el 1 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.seisamed.com/importancia-de-la-seguridad-electrica-en-las-salas-de-cirugia>.
2. Em-consulte.com. [citado el 1 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.em-consulte.com/es/article/59898/seguridad-electrica-en-el-quiroyfano>.
3. SEGURIDAD ELÉCTRICA EN BLOQUES QUIRÚRGICOS [Internet]. Hospitecnia. 2018 [citado el 1 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://hospitecnia.com/instalaciones/seguridad-electrica-en-bloques-quirurgicos/>.

Capítulo 381

INSTALACIONES DE PARARRAYOS EN CENTROS SANITARIOS, LA NTE-IPP PARARRAYOS, POR EL PERSONAL ELECTRICISTA Y MECÁNICO PERTENECIENTE A LA CATEGORÍA DE GESTIÓN Y SERVICIOS

MANUEL JIMÉNEZ ALMOGUERA

JUAN GIJÓN MERCHAN

PEDRO JAVIER DÍAZ YÉBENES

JUAN RODRIGUEZ CHAPARRO

LUIS SANTIAGO LAGUNA CANO

1 Introducción

Se pueden definir los rayos como descargas electrostáticas de la atmósfera, que tienen como origen la acumulación de cargas eléctricas en las nubes, dichas descargas son producidas cuando hay una ruptura dieléctrica en el aire al ser superado un determinado valor del campo eléctrico, como consecuencia se produce un canal ionizado con estado plasmático que promueve el cambio de carga entre dos puntos.

Hay diferentes ramas de la física que estudian los fenómenos relacionados con la formación de rayos, aunque a día de hoy no se conoce exactamente el mecanismo por el que se generan los rayos.

Las nubes que generan tormentas suelen ser de carácter cumulonimbo y se producen cuando la nube crece verticalmente, las nubes de tipo cumulonimbos son grandes motores térmicos que convierten la energía solar en energía mecánica de corriente de aire y en la energía eléctrica procedente de los rayos. Cuando hay una tormenta se rompe el equilibrio entre cargas negativas y positivas lo que genera un campo eléctrico de decenas de kilovoltios, cuando un rayo sobrepasa el campo eléctrico en el camino a la Tierra se puede dividir en varias ramificaciones y propagarse en distintas direcciones, cuando el rayo se acerca al suelo, el campo eléctrico de la tierra se eleva y comienzan a lanzarse descargas de tipo corona.

2 Objetivos

- Explicar cómo se forma un rayo y los efectos adversos que conllevan.
- Exponer la importancia de la instalación y mantenimiento de un pararrayos en los centros sanitarios por parte de electricistas y mecánicos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 pararrayos son unos aparatos cuya finalidad es la de atraer los rayos que puedan caer desde el aire, tienen un punto de impacto controlado por lo que pueden descargar el rayo hacia la tierra sin causar daños, ya que evitan que impacten en zonas no deseadas.

Un pararrayos es un mástil metálico de cobre, acero, aluminio o acero inoxidable que tiene un cabezal captador, este puede ser de diversas formas; de punta, multipuntas, esférico, semiesférico, etc. que debe de salir por encima de la zona más

alta del edificio, para así evitar daños personales y materiales. El cabezal se une a la toma de tierra con uno o varios cables de cobre, aluminio o acero.

Hay diferentes tipos de pararrayos, los más comunes son:

- Pararrayos de punta captadora o pararrayos Franklin, son de fácil instalación y bajo coste, ya que dejan hacer instalaciones conductoras tipo malla.
- Pararrayos PDC, tienen un dispositivo de cebado, tienen un alto nivel de protección, son muy duraderos y de fácil instalación.

- Pararrayos PDCE, son los que tienen mayor capacidad para atrapar a un rayo. La caída de rayos en los edificios que no estén protegidos por pararrayos, pueden causar daños muy graves con diferentes efectos:

- Efectos eléctricos: es la destrucción de equipos, al elevarse el potencial de tierra se generan sobretensiones que pueden causar daños a todos los aparatos que estén enchufados.
- Efectos electrodinámicos: son los daños causados en los edificios, los rayos pueden ocasionar grietas y deformaciones en la estructura debido al gran campo magnético que producen.
- Efectos térmicos: Son los incendios, por el efecto Joule se pueden formar chispas que pueden provocar incendios.
- Efectos sobre las personas: son las electrocuciones y quemaduras. Cuando una corriente pasa por el cuerpo humano puede provocar paro cardíaco o respiratorio además de quemaduras.
- Efectos de inducción: cuando se produce un campo electromagnético variable, los conductores de los equipos electrónicos e informáticos sufren el paso de corrientes inducidas, lo que les puede producir averías irreversibles.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo principal de los pararrayos es la reducción al máximo de los daños que pueden provocar su caída sobre elementos y personas. Los centros sanitarios y hospitalarios suelen tener instalados pararrayos para proteger al edificio de los riesgos que pueden suponer las tormentas eléctricas, ya que en ellos se concentran multitud de personas, aparatos, maquinarias, etc.

Los hospitales que tienen instalados pararrayos están protegidos ya que estos evitan que los rayos ocasionen graves daños en la estructura del edificio, la red eléctrica, equipos vitales para los pacientes y para las personas usuarias del mismo. El personal electricista y mecánico de los centros sanitarios, debe tener los conocimientos sobre la función del pararrayos y realizar un mantenimiento periódico del mismo según protocolo.

6 Bibliografía

1. Ingemecanica.com. [citado el 31 de julio de 2023]. Disponible en: <https://ingemecanica.com/legisla/objetos/nte/nte-ipp.pdf>.
2. 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.
3. 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 382

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DURANTE EL INGRESO DE UN PACIENTE EN LA UNIDAD. FUNCIONES DEL PERSONAL SUBALTERNO

SANDRA CAÑADILLA ORTIZ

ANTONIO MIGUEL RODRIGUEZ FERNANDEZ

ANTONIO RODRIGUEZ MÁRQUEZ

ALEJANDRO ANGEL GIL

MARÍA ELENA ÁNGEL GIL

1 Introducción

El ingreso en las unidades de cuidados intensivos (UCI) generales se produce a través de las siguientes modalidades:

- Ingreso desde el servicios de urgencias del centro hospitalario.
- Ingreso desde el bloque quirúrgico del centro hospitalario.
- Ingreso desde una planta de hospitalización del centro hospitalario.
- Traslado desde otro centro hospitalario a través de una unidad de vigilancia intensiva (UVI) móvil.

En las unidades de cuidados intensivos coronarias, es decir dónde ingresan los pacientes con problemas de corazón, los ingresos se producen a través de las siguientes modalidades:

- Ingreso desde el servicios de urgencias del centro hospitalario.
- Ingreso desde el bloque quirúrgico del centro hospitalario.
- Ingreso desde la unidad de hemodinámica del centro hospitalario.
- Ingreso desde la planta de hospitalización de cardiología del centro hospitalario.
- Traslado desde otro centro hospitalario a través de una UVI móvil.

Mientras que, en las unidades de cuidados intensivos pediátricas, es decir, dónde son ingresados los pacientes pediátricos que requieren de atenciones específicas debidas a su delicado estado de salud, los ingresos se producen a través de las siguientes modalidades:

- Ingreso desde el servicios de urgencias pediátricas del centro hospitalario.
- Ingreso desde el bloque quirúrgico del centro hospitalario.
- Ingreso desde la planta de hospitalización de pediatría del centro hospitalario.
- Traslado desde otro unidad pediátrica a través de una UVI móvil.

2 Objetivos

- Detallar las diferentes modalidades de ingreso en una unidad de cuidados intensivos.
- Conocer la importancia de la figura del celador durante los ingresos en las unidades de cuidados intensivos.
- Enumerar cada una de las funciones realizadas en estas situaciones 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

Durante este capítulo científico dedicado a las funciones de los celadores durante el ingreso de un paciente en las unidades de cuidados intensivos de las instituciones sanitarias, se procederá a detallar el ingreso de un paciente adulto en las unidades de cuidados intensivos generales.

En el momento en que se da el aviso de que se va a producir un ingreso en la unidad, la primera función que debe desarrollar el celador es:

- Preguntar la cama que va a ocupar el paciente para prepararla.

El celador sacará la cama de la unidad para posicionarla en la entrada de la unidad donde se producirá el traspaso del paciente de la camilla de urgencias a la cama hospitalaria de la unidad, en el caso que venga desde el servicio de urgencias. Si el paciente acude desde otra unidad de la institución, se traspasará desde la propia cama del paciente hasta la cama de la UCI.

Si el traspaso del paciente no se debe realizar en bloque porque el paciente es un politraumatizado, se empleará el transfer para facilitar el traspaso y no dañar al paciente.

- Posicionar la cama en el lugar de destino.

Una vez el paciente ha sido traspasado a la cama de la uci y cuando el equipo médico lo indique, el celador trasladará al paciente a su unidad de destino, enchufando el cable de la cama en los interruptores y posicionando el plano de la cama como le indique el equipo médico.

- Trasladar muestras biológicas.

Una de las primeras actuaciones que se realizan al paciente es la extracción de analítica y de pruebas cruzadas por si fuera necesario la trasfusión de sangre. El celador será el encargado de trasladar estas muestras en la mayor brevedad posible.

- Movilizar al paciente.

Una vez el paciente ha sido estabilizado por el equipo médico y de enfermería se proporcionará al paciente la mayor comodidad posible dentro de sus posibilidades, por lo que se movilizará al paciente para ello. El trabajo en UCI se hace de manera conjunta, por lo que la movilización será realizada por todo el equipo.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador en la unidad de cuidados intensivos durante el ingreso de un paciente

en la unidad. Funciones del personal subalterno” nos demuestran las funciones realizadas por los celadores durante los ingresos.

Los ingresos en las unidades de cuidados intensivos son unas situaciones en las que se acumula mucho estrés debido a la tensión de estabilizar al paciente en el menor tiempo posible. Es por ello, por lo que los celadores deberán mantener la calma y responder a cada petición del equipo médico o de enfermería que se están ocupando del paciente que ha ingresado, realizando dichas peticiones con la mayor brevedad posible, puesto que de ello puede depender la vida del paciente.

6 Bibliografía

1. Aguilar, M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada Logoss. 2013.
2. Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
3. GARRIDO, J.M. El celador en quirófano. España. Formación continuada Logoss. 2013.

Capítulo 383

EL PERSONAL SUBALTERNO EN LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS Y GINECOLÓGICAS

SANDRA CAÑADILLA ORTIZ

ANTONIO MIGUEL RODRIGUEZ FERNANDEZ

ANTONIO RODRIGUEZ MÁRQUEZ

ALEJANDRO ANGEL GIL

MARÍA ELENA ÁNGEL GIL

1 Introducción

El servicio de urgencias de atención especializada es un servicio permanente y continuado, puesto que se encuentra disponible las 24 horas del día durante los 365 días del año. Para poder atender el servicio de urgencias hospitalarias es necesario la creación de una plantilla profesional amplia, con la cual se cubran los tres turnos de trabajo del día en aquellos centros sanitarios donde se realicen 7 horas diurnas y 10 nocturnas, y dos turnos de trabajo en aquellos centros sanitarios donde se realicen 12 horas diurnas y 12 horas nocturnas.

El servicio de urgencias de atención especializada atiende las necesidades médicas de toda la población por lo que deberá existir un equipo médico capaz de atender cualquier especialidad médica, son los llamados médicos generalistas, los cuales realizan peticiones a médicos especialistas en aquellos casos que presenten

mayor complejidad. Sin embargo, habrá especialidades médicas que atiendan las urgencias directamente, sin tener que pasar por los médicos generalistas. Estas especialidades son:

- Traumatología.
- Cirugía.
- Pediatría.
- Ginecología.

Existirá la figura del celador en cada una de estas urgencias especializadas, sin embargo, el número de celadores en cada especialidad dependerá de la propia organización asistencial del centro, así como del número de población atendida en cada urgencia.

2 Objetivos

- Conocer la atención continuada y especializada del servicio de urgencias de atención especializada.
- Enumerar las funciones de los celadores en las urgencias pediátricas.
- Enumerar las funciones de los celadores en las urgencias ginecológicas.

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, el número de celadores que intervengan en cada una de las unidades que conforman el servicio de urgencias dependerá del propio centro, así como del número de pacientes atendidos.

En servicios de urgencias donde sean urgencias de referencia de diferentes localidades, existirá mayor número de profesionales, por lo que las unidades podrán contar con un celador o incluso con dos y tres. Sin embargo, en servicios de urgencia donde la población a atender sea menor, estas unidades deberán compartir celador, valorando esta urgencia entre una unidad u otra en cada situación. Si

el celador se encuentra ante dos situaciones de urgencias, el responsable de la unidad deberá solicitar la presencia de un celador de otra unidad de urgencias.

- El celador en el servicio de urgencias pediátricas. o Trasladar a los pacientes pediátricos desde el servicio de triaje hasta el área de urgencias pediátricas. o Trasladar a los pacientes pediátricos al servicio de radiología para la realización de pruebas exploratorias. o Trasladar a los pacientes pediátricos hacia las plantas de hospitalización de pediatría, si el médico ordena su ingreso en el centro hospitalario. o Sujeción del paciente pediátrico durante curas, suturas o colocación de yesos. o Traslado de las muestras biológicas desde la unidad hasta el laboratorio. o Recogida de medicación desde el servicio de farmacia.
- El celador en el servicio de urgencias ginecológicas. o Trasladar a los pacientes desde el servicio de triaje hasta el área de urgencias ginecológicas. o Trasladar de inmediato al paritorio a aquellas pacientes que tienen un parto en curso. Este traslado deberá ser acompañado por un enfermero del servicio de triaje, puesto que no pasan por el servicio de ginecología al trasladarse directamente al servicio de paritorio. o Trasladar a las pacientes embarazadas hacia las plantas de hospitalización de tocografía, si el médico ordena su ingreso en el centro hospitalario. o Traslado de las muestras biológicas desde la unidad hasta el laboratorio. o Recogida de medicación desde el servicio de farmacia.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El personal subalterno en las urgencias pediátricas y ginecológicas” nos demuestran el funcionamiento de las diferentes unidades dentro del servicio de urgencias, afectando al número de celadores que intervienen en cada unidad.

En el ámbito sanitario es muy probable que el celador sea compartido por varias unidades, por lo que el celador deberá valorar la urgencia de las situaciones cuando se le presenten varias a la vez, priorizando el traslado de las pacientes parturientas al paritorio y del traslado al niño pediátrico a la tomografía axial computarizada (TAC) o a la unidad de cuidados intensivos pediátricos.

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.

3. Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

Capítulo 384

EL PINCHE DE COCINA Y LAS TOXIINFECCIONES ALIMENTARIAS EN UNA COCINA HOSPITALARIA

RAQUEL CÓZAR GARCÍA

CARMEN MARÍA SÁNCHEZ CIFUENTES

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

MARTA ISABEL MOSET MOLINA

YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ

1 Introducción

El hecho de que las cocinas de los hospitales presten tanta atención a la preparación y control de los alimentos es consecuencia de la gravedad de las enfermedades vinculadas al consumo de alimentos contaminados y sus efectos. Los principios fundamentales de una cultura eficaz y una práctica preventiva para evitar las enfermedades transmitidas por los alimentos son administrar adecuadamente el almacenamiento de alimentos, prestar mucha atención a las temperaturas cruciales de cocción y conservación, y capacitar a los profesionales que manipulan los alimentos.

La base para la aplicación práctica del concepto de seguridad alimentaria son los servicios de cocina de cualquier establecimiento hospitalario. Uno de los principales objetivos del personal que trabaja en una cocina es la búsqueda de alimentos

y preparados seguros para prevenir cualquier enfermedad que pueda afectar a los pacientes hospitalizados y que se produzca por la manipulación y preparación de los alimentos.

Tras el desarrollo exitoso de pautas que, entre otras cosas, garantizaban la ausencia de enfermedades provocadas por el consumo de alimentos y preparados contaminados, ahora se requiere el uso de sistemas de autocontrol alimentario como A. P. P. C. C. Puntos críticos de control y análisis de peligros. Este sistema, de carácter eminentemente preventivo, evalúa todos los riesgos y peligros relacionados con los alimentos para asegurar su correcta gestión.

2 Objetivos

- Comprender las enfermedades que son originadas por el consumo de alimentos contaminados.
- Distinguir los conceptos de alteración y contaminación alimentaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 determinar las enfermedades transmitidas por los alimentos más comunes, es importante distinguir entre la contaminación y el deterioro de los alimentos. La práctica de cambiar las propiedades morfológicas, sensoriales o nutricionales de un alimento se conoce como modificación de alimentos. Estos cambios pueden producir subproductos tóxicos que hacen que ciertos alimentos no sean aptos para el consumo humano.

Los alimentos, por el contrario, se contaminan cuando entran en contacto con sustancias nocivas para el consumo humano, como elementos físicos (aparición de cuerpos extraños como anillos, guantes o cristales) y químicos (productos de limpieza, fitosanitarios, etc. .)) así como componentes biológicos. (Virus, bac-

terias, hongos y parásitos). La intoxicación alimentaria se produce por contaminación y tiene las siguientes consecuencias:.

A. Intoxicación alimentaria: una enfermedad provocada por el desarrollo de microorganismos de los alimentos en nuestro cuerpo. consumir alimentos contaminados.

B. La intoxicación alimentaria es una condición provocada por el consumo de toxinas o ingredientes alimentarios venenosos. consumir ingredientes tóxicos en los alimentos.

C. Cuando un agente biológico o sus toxinas se ingieren a través de los alimentos, se produce una intoxicación alimentaria. Las enfermedades que con mayor frecuencia se producen por la ingestión de alimentos contaminados son:

- Comer alimentos contaminados con bacterias coliformes, que se encuentran en el intestino humano, es la fuente de la bacteria *Escherichia coli*. Los signos y síntomas más prevalentes son dolor intestinal, diarrea, vómitos y náuseas. El queso crema, la leche cruda, los productos agrícolas, la carne, las verduras y las verduras son solo algunos ejemplos de los alimentos que pueden causar que suceda entre 10 y 15 horas después.
- *Clostridium perfringens* y *Bacillus cereus* son dos causas específicas de gastroenteritis. Se produce por la manipulación inadecuada de los alimentos, el consumo de alimentos crudos y la falta de prácticas higiénicas.
- *Listeria monocytogenes* es una bacteria que se puede encontrar en quesos sin pasteurizar, carnes sin pasteurizar y leche cruda y sus derivados. La meningitis es un síntoma, al igual que la fiebre y el dolor de estómago. Debido a que esta bacteria tolera el calor, el frío y los ácidos, es imperativo cocinar los alimentos a temperaturas superiores a los 70 °C.
- Salmonelosis. Los roedores, los intestinos humanos y animales, los alimentos contaminados y las cáscaras de huevo son fuentes de salmonelosis. Los huevos y las aves de corral son los alimentos más peligrosos. Los síntomas como náuseas, vómitos, escalofríos, diarrea y fiebre son posibles dentro de las 12 a 14 horas posteriores al consumo. Para la extracción, el producto debe cocinarse durante al menos 30 minutos a 65°C.

5 Discusión-Conclusión

La contaminación cruzada, la manipulación descuidada, el tiempo o las técnicas de cocción inadecuados, el almacenamiento inadecuado de los alimentos o la conservación del suelo son solo algunas de las causas de las enfermedades que resultan de los alimentos contaminados. El riesgo de experimentar toxicidad

alimentaria aumenta exponencialmente por todos estos factores, entre otros. Uno de los principales objetivos de todas las partes involucradas en la cadena alimentaria, que se extiende desde el punto de origen del alimento hasta el consumidor, es minimizar y evitar que ciertos tipos de alimentos se contaminen. Por último, veamos la situación de los pacientes hospitalizados. Todo esto beneficiará la salud y la satisfacción de los pacientes, así como la reputación del personal culinario del hospital.

6 Bibliografía

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

Capítulo 385

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y EL PRINCIPIO DE LA MARCHA ADELANTE

CARMEN MARÍA SÁNCHEZ CIFUENTES

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

MARTA ISABEL MOSET MOLINA

YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ

RAQUEL CÓZAR GARCÍA

1 Introducción

La necesidad de ser conscientes del principio de avanzar en el ámbito de sus funciones es una de las reglas prioritarias en la cocina de un hospital, como lo es en cualquier lugar donde se trabaje con productos alimenticios o bienes destinados al consumo humano. Cabe señalar que esto es sumamente importante para los pacientes, usuarios y empleados.

De acuerdo con el Principio de Marcha Hacia Adelante, las tareas en la cocina deben completarse en el orden en que se servirán los platos. Al hacer esto, se garantiza la entrega rápida de platos a los clientes y una preparación efectiva. Las zonas de trabajo son áreas designadas en una cocina donde se llevan a cabo tareas específicas, como la preparación y cocción de alimentos.

El Pinche es un ayudante de cocina que se encarga de tareas simples como picar ingredientes, preparar salsas, freír alimentos, etc. El propósito del Pinche es ayudar a los cocineros a producir alimentos de manera rápida y eficiente. Todo esto ayuda a mantener los altos estándares de calidad del servicio de una cocina de un centro hospitalario, así como a mejorar la experiencia hospitalaria tanto para los pacientes que permanecen ingresados, así como para el personal.

2 Objetivos

Indicar el concepto de la marcha adelante en la cocina hospitalaria en los centros hospitalarios por parte de los pinches.

3 Metodología

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

4 Resultados

El inicio de la marcha hacia adelante es una de las tareas que debe cumplir, conocer y capacitarse para desempeñar adecuada y adecuadamente el trabajo de pinche de cocina, como se ha dicho anteriormente.

La cocina del hospital está dispuesta y estructurada de acuerdo con los procedimientos que se deben seguir en la manipulación de productos y alimentos. Por ejemplo, las zonas estarían en este orden si un alimento o producto alimenticio necesita ser limpiado antes de ser cocinado o servido: zona o área de lavado, zona o área de cocción, zona o área de servicio.

Funciones del pinche de cocina en la cocina de un hospital en referencia al principio de marcha hacia adelante:

- Preparación de ingredientes: El ayudante de cocina se encarga de trocear los ingredientes necesarios para la elaboración de los platos.
- La limpieza adecuada y precisa, así como el corte necesario de carnes y verduras: El pinche de cocina es el encargado y responsable de picar y limpiar de forma adecuada y precisa los alimentos de acuerdo con las recetas.

- Cocción de productos o alimentos: El pinche de cocina deberá preparar siempre los alimentos de acuerdo con las recetas y métodos culinarios que se hayan decidido o establecido en ese día.
- Organización de la línea de producción: El pinche de cocina debe colocar los alimentos y utensilios de acuerdo con el principio de avance, que requiere preparar primero los ingredientes y comidas que requieren más tiempo para prepararse.
- Mantenimiento de la limpieza: El pinche de cocina es el responsable de mantener la cocina limpia y ordenada, desinfectando todos los utensilios y superficies de trabajo.
- Trabajo en equipo: Para garantizar que la comida del hospital se produce y se sirve bien, el pinche de cocina debe cooperar con los demás miembros del equipo de cocina.

5 Discusión-Conclusión

Se deja claro en los resultados y la trascendencia del cumplimiento exhaustivo en lo que se refiere al cumplimiento de los requisitos y cumplimiento del Principio Marcha Adelante que el pinche de cocina de un hospital, que es el encargado de llevarlo a cabo, debe dar seguimiento al Principio Marcha Adelante para garantizar la eficiencia, la calidad de los alimentos, la reducción de residuos y una mejor comunicación. Todo esto ayuda a mantener los altos estándares de calidad del servicio de una cocina de un centro hospitalario, así como a mejorar la experiencia hospitalaria tanto para los pacientes como para el personal.

6 Bibliografía

1. <https://dialnet.unirioja.es/>.
2. www.scielo.org.

Capítulo 386

EL PINCHE DE COCINA Y EL ENVASADO DENTRO DE UNA COCINA HOSPITALARIA

CARMEN MARÍA SÁNCHEZ CIFUENTES

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

MARTA ISABEL MOSET MOLINA

YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ

RAQUEL CÓZAR GARCÍA

1 Introducción

Los alimentos suelen venderse envasados porque el envasado cumple dos funciones fundamentales: por un lado, sirve para publicitar el producto y, por otro, sirve para protegerlo y favorecer su conservación.

Existen muchos métodos de envasado diferentes, incluido el envasado convencional, el envasado al vacío (que consiste en eliminar el oxígeno del interior del recipiente) y el envasado en atmósfera modificada. Los envases que se utilizan vienen en una gran variedad de formas y materiales, incluyendo botellas, cajas y tarros de plástico, cartón y aluminio, entre otros.

Dado que todos estos materiales entrarán en contacto con los alimentos, deben cumplir una serie de normas. El Reglamento Europeo 1935/2004 sobre materiales y objetos destinados a entrar en contacto con alimentos es el principal

marco legislativo de referencia en lo que respecta al envasado de alimentos. Este reglamento establece los estándares de seguridad alimentaria y trazabilidad para las empresas que fabrican envases para alimentos.

El objetivo principal de esta legislación es proteger la salud de los consumidores en todas las áreas relacionadas con los materiales que entran en contacto con los alimentos, incluidos envases, botellas, tapas e incluso la tinta y el pegamento utilizados en el etiquetado, es una función en la cual el pinche de cocina tiene que estar informado, para llevarla a cabo.

2 Objetivos

Conocer, como personal no sanitario que desempeña sus funciones en un centro hospitalario como pinche de cocina, cómo y cuál es el envasado de 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

Todos estos materiales que se utilizan para el envasado deben fabricarse de acuerdo con las buenas prácticas de fabricación y en ningún caso pueden provocar la migración de sus componentes a los alimentos en cantidades que puedan:

- Representan un riesgo para la salud humana.
- Influir en la composición de los alimentos.
- Generar cambios en las propiedades organolépticas de los alimentos.

Los artículos y materiales considerados para uso en contacto directo con alimentos incluyen:

- Materiales y artículos activos e inteligentes. Los materiales y artículos activos son aquellos que están intencionalmente diseñados para incorporar componentes que transmiten sustancias a los alimentos para mantener o mejorar la condición de los alimentos envasados, aumentar su vida útil o ambos. alimentos envasados, su entorno o cualquier cosa que ingiera sustancias de los mismos.

-Los materiales y objetos inteligentes son aquellos que tienen la capacidad de regular su entorno o el estado de los alimentos envasados.

- Pegamento.
- Artículos fabricados en cerámica.
- Corcho.
- Las bandas de goma son un ejemplo.
- Vaso.
- Resinas utilizadas en el intercambio iónico.
- Aleaciones y metales.
- Cartón y papel.
- Componentes de plástico.
- Tinta para impresión.
- Celulosa que ha sido regenerada.
- Las siliconas
- Artículos hechos de tela.
- Barnices y revestimientos.
- Ceras.

Para algunos de los materiales ya existe legislación específica, pero aún queda trabajo por hacer en este ámbito.

Cuando estos materiales u objetos se vendan pero aún no hayan entrado en contacto con alimentos, se deben marcar con las palabras "para contacto con alimentos" o una descripción clara de su uso previsto, como una cafetera, una botella de vino o cuchara sopera. o el símbolo más popular, la copa y el tenedor. La AE-COSAN y otras autoridades nacionales y de la Unión Europea (UE) pertinentes tuvieron que dar su aprobación para cada material que pudimos encontrar que entró en contacto con alimentos. Cabe señalar que siempre se debe garantizar la trazabilidad de estos materiales.

5 Discusión-Conclusión

Sobre el envasado de alimentos como personal no sanitario desempeñando nuestras funciones como pinches de cocina en un centro hospitalario, debe adquirir ciertos conocimientos.

Dado que los envases tienen dos finalidades principales, por un lado, publicitar el producto y, por otro, protegerlo y así favorecer su conservación, somos conscientes de que la mayoría de los alimentos se comercializan envasados.

También somos conscientes de que los envases de estos alimentos deben garantizar siempre su trazabilidad y estar elaborados de acuerdo con las normas establecidas en la normativa.

Estos materiales incluyen corcho, pegamento, artículos de cerámica y resinas de intercambio iónico, por nombrar algunos.

6 Bibliografía

1. EL ENVASADO DE LOS ALIMENTOS- Qcom (19 de Mayo 2021)http://www.qcom.es/alimentacion/sabias-q/el-vasado-de-los-alimentos_2589_4_3284_0_1_in.html.
2. <https://dialnet.unirioja.es/>.

Capítulo 387

EL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

VALENTÍN VILLANUEVA GARCÍA

ANA MARÍA VALLE DÍAZ

MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ

NOELIA VILLALBA ALFARO

ALEJANDRO VILLALBA ALFARO

1 Introducción

El equipo de salud está formado por un grupo de profesionales sanitarios y no sanitarios que trabajan juntos de forma continua para llevar a cabo una serie de tareas universales dentro de una institución determinada.

El celador es un miembro del equipo de salud multidisciplinario, que se considera personal no sanitario y subordinado y que constituye un pilar crucial del sistema de salud.

Según el área del hospital en la que trabajen, los celadores pueden realizar una amplia gama de tareas. El traslado de pacientes es una parte importante de las responsabilidades generales del celador, las cuales están descritas en el artículo 14.2 del Estatuto del Personal No Médico al Servicio de los Establecimientos de

Salud y la Ley de la Seguridad Social, ambas promulgadas por el Ministerio de Trabajo el pasado mes de julio. 5, 1971.

El celador posee los conocimientos necesarios para trabajar eficazmente en el campo al que pertenece. En otras palabras, si desempeña la función de movilización de pacientes, es fundamental que comprenda la posición de la base de la cama de un paciente, así como también cómo debe movilizar a diferentes pacientes, ya que muchos tienen capacidades reducidas y no pueden moverse por sí mismos.

Hacer que los pacientes que están acostados o sentados estén lo más cómodos posible mientras se movilizan es una de las tareas más importantes de los equipos. En lugar de "transferencias", este tipo de acción podría describirse como "movilización en el sitio", donde hay un desplazamiento de una superficie a otra, de un plano a otro y de una posición a otra.

2 Objetivos

- Explorar la evidencia disponible sobre la movilización de pacientes con trauma por parte de los celadores mediante la aplicación de una revisión bibliográfica.

3 Metodología

La metodología del presente estudio está basada en la revisión bibliográfica siguiendo el paradigma documental. Para ello se recopilaron y analizaron publicaciones científicas relacionadas con el tema de las funciones del celador en la movilización de pacientes dentro de los servicios de traumatología; también fueron revisados artículos de divulgación médica nacional e internacional, reportes y manuales hechos por servicios de salud relacionados con el tema de interés y cuya publicación data entre 2004 y 2017.

4 Resultados

En un entorno hospitalario, los celadores, las enfermeras y los auxiliares de enfermería trasladan a los pacientes. Por ello, deben conocer a fondo las técnicas de movilización y traslado de pacientes, con y sin uso de herramientas, así como las posiciones más habituales de los pacientes.

Para facilitar los procesos de exploración física, tratamiento de lesiones y/o prevención, se describen las posiciones que se utilizan con mayor frecuencia.

- En la posición supina, la persona está boca arriba y tiene los brazos y piernas extendidos cerca del cuerpo. Recomendado en casos de examen médico y en la publicación de pacientes sometidos a cirugía.
- Posición prono, con la cabeza del paciente girada hacia un lado, las extremidades inferiores extendidas y boca abajo. Por lo general, los brazos se extienden paralelos al cuerpo.
- En decúbito lateral, el paciente está de lado. En términos generales, las extremidades inferiores se flexionan un poco administrar enemas, exploraciones, medidas higiénicas, masajes, etc.
- Posición de Fowler, con la espalda sobre la cama y la horizontal en un ángulo de 45°. Las rodillas están un poco dobladas. Además de para comer, leer y otras actividades, se recomienda para problemas cardíacos y respiratorios.

Los recursos materiales como almohadas que están disponibles para el personal médico se pueden utilizar para movilizar a los pacientes.

Además, tienen extras como muletas, andadores y sillas de ruedas.

Cabe señalar que el papel del celador es ayudar al paciente a cambiar de posición, levantarse o acostarse en la cama, así como caminar y moverse en un entorno diferente para preservar y garantizar la integridad de la piel. Además de garantizar la comodidad del paciente fomentando y promoviendo su independencia, la alineación adecuada del paciente ayuda a prevenir lesiones tanto al paciente como a las personas que ayudan a moverlo.

5 Discusión-Conclusión

La movilización de pacientes debe cumplir con algunos principios fundamentales para evitar dañar al personal médico. Al movilizar pacientes, también se aplican las pautas generales para el manejo manual de cargas.

Una serie de componentes fundamentales, incluida la alineación del cuerpo, la movilidad articular, el equilibrio y la coordinación motora, intervienen en la movilización del paciente, ya sea de la cama a la silla de ruedas o simplemente cambiando su postura.

Al respecto, los autores antes mencionados establecen que los celadores serían los trabajadores de la salud que tendrían una mayor participación en el manejo de las cargas y en cualquier posible exceso de trabajo, ya que suelen estar asignados a tareas que requieren esfuerzo y manejo de carga.

6 Bibliografía

1. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2017000300225&script=sci_arttext&tlng=pt.
2. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6171568>.
3. Díaz, Y., & Pérez, M. (2011). Protocolo de cambios postulares y técnicas de movilización y traslado del paciente. 12.

Capítulo 388

EL CELADOR Y SU FUNCIÓN EN LA PLANTA DE PEDIATRÍA Y NEONATOS

VALENTÍN VILLANUEVA GARCÍA

ANA MARÍA VALLE DÍAZ

MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ

NOELIA VILLALBA ALFARO

ALEJANDRO VILLALBA ALFARO

1 Introducción

Por el bien de la salud de los niños enfermos, las funciones del celador en la sala de pediatría y neonatología son cruciales. El deber principal de estos profesionales médicos es acompañar y ayudar en el cuidado de los niños hospitalizados, y con frecuencia son el primer punto de contacto de la paciente y su familia con el hospital. El celador brinda apoyo emocional a los pacientes jóvenes, así como a sus familias. También son responsables de llevarlos de un lugar a otro. En un entorno que puede resultar intimidante para los pacientes más jóvenes y sus familias, la forma en que los celadores tratan a los niños enfermos es fundamental para preservar un clima de confianza y seguridad. El objetivo principal del celador es tratar al niño enfermo con compasión, respeto y cercanía para que se sienta seguro y protegido y ayudarlo a sobrellevar la situación. De esta manera, el trabajo del celador es crucial para el bienestar emocional y psicológico de los pacientes y para el buen funcionamiento de la sala pediátrica y neonatal en

su conjunto. En las líneas que siguen, entraremos en los deberes y responsabilidades del celador en la sala de pediatría y neonatos, así como la importancia de su trabajo para la recuperación de los niños enfermos.

2 Objetivos

Explicar las funciones y el papel principal que desempeña el profesional celador en el contexto del servicio de pediatría y neonatología de un hospital.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para cuidar adecuadamente y garantizar el bienestar de los niños enfermos, los deberes del celador en la sala de pediatría y neonatos implican una serie de acciones y funciones cruciales. Algunos de los más importantes se enumeran a continuación:

1. Transporte y acompañamiento de pacientes: Las principales responsabilidades del celador pediátrico incluyen el transporte y acompañamiento de pacientes. El director es responsable de garantizar que los pacientes se trasladen de un área del hospital a otra de manera segura y efectiva, ya sea para exámenes médicos o para un traslado a otro servicio. También debe estar presente para brindar apoyo junto con la familia del paciente.
2. Celador con las tareas diarias: El celador debe ayudar a los pacientes con las tareas diarias como alimentación, limpieza y cambio de pañales. Es crucial que el celador complete estas tareas con delicadeza y cuidado teniendo en cuenta las necesidades individuales de cada paciente.
3. La responsabilidad del celador es mantener la limpieza y el orden de la sala de pediatría, la cual debe ser un espacio ordenado. El vecindario está limpio y bien organizado. Esto implica realizar tareas de limpieza, lavar y esterilizar suministros y equipos médicos y reponer suministros.

4. El celador debe brindar apoyo emocional constante a los pacientes y sus familias. Esto puede implicar brindar consuelo y apoyo durante los momentos difíciles, así como escuchar activamente, información sobre el proceso de tratamiento y consuelo e información.

Para la salud mental y física de los niños enfermos, la labor del celador en la sala de pediatría y neonatos es fundamental. Transportar pacientes y brindarles atención diaria son solo dos aspectos del trabajo del portero.

El apoyo emocional y psicológico es una parte importante. Durante su estancia en el hospital, los pacientes deben sentirse apoyados, seguros y tranquilos, y la labor del portero es fundamental para que estas condiciones se cumplan.

5 Discusión-Conclusión

A la luz de la investigación que hemos realizado, es importante tener en cuenta que el trabajo de celador es hermoso y delicado porque implica trabajar con niños. En el cuidado de los niños enfermos, los deberes del celador en la sala pediátrica y neonatal son esenciales e inevitables. Son necesarios para que el funcionamiento adecuado realice las tareas y acciones que realizan un hospital y para la salud psicológica y física de los pacientes. Se debe reconocer el valor del papel del celador, que es la de proporcionar atención pediátrica y brindarles el aliento y la apreciación que merecen.

6 Bibliografía

1. <https://www.index-f.com/comunitaria/v14n3/12614.php>.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 389

EL CELADOR Y SU ACTUACIÓN EN LAS URGENCIAS

VALENTÍN VILLANUEVA GARCÍA

ANA MARÍA VALLE DÍAZ

MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ

NOELIA VILLALBA ALFARO

ALEJANDRO VILLALBA ALFARO

1 Introducción

La sala de urgencias (SU) es un centro asistencial donde se atienden pacientes con problemas de diversas etiologías y grados de gravedad que producen procesos agudos que demandan una pronta atención. La sala de emergencias está supervisada por un médico (el médico coordinador de emergencias). El Servicio de Urgencias es un área que forma parte del hospital y del centro de salud. Está situado junto a la puerta de acceso del mismo, puede funcionar como un anexo al hospital, y tiene una entrada independiente que facilita la llegada de los pacientes que necesitan atención urgente. Debemos diferenciar entre una emergencia y una urgencia porque las personas frecuentemente solicitan atención médica urgente por una variedad de razones.

Una emergencia es una circunstancia grave que requiere una actuación rápida y que implica un grave riesgo para el paciente. En una emergencia, el paciente está en riesgo y su atención no debe demorar más de 24 a 48 horas. La mayoría

de las veces, cuando una emergencia es demandada, ya sea por el paciente o por sus seres queridos, no se trata de una emergencia real; en este caso estaríamos hablando de una emergencia figurativa.

Se puede contactar con el Servicio de Emergencias de varias formas:

- A través de su médico de atención primaria, derivado por su centro de salud.
- Recomendado por el servicio de urgencias de atención primaria PAC (Punto de Atención Continua).
- Recomendación del servicio de urgencias extrahospitalario: 112.
- A petición del paciente o de su familia.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones y tareas de un celador en el servicio de urgencias.

3 Metodología

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

4 Resultados

El personal médico o de enfermería evaluará al paciente determinando la gravedad de la patología y asignando al paciente un lugar de atención y un nivel de prioridad. Este proceso se conoce como triaje. El paciente puede llegar al departamento de emergencias del hospital de varias maneras. Una vez realizados los trámites administrativos necesarios (recogida de datos del paciente en el servicio de ingreso de urgencias), se procederá a la evaluación del paciente. Es el procedimiento para recibir, recibir y clasificar a los pacientes que llegan al servicio de urgencias de un hospital.

Las responsabilidades del celador incluyen lo siguiente:

- Tanto si los pacientes llegan en ambulancia como en vehículos particulares, siempre saldrán a la calle a recibirlos.

- Cuando la situación lo permita, el celador dirigirá y conducirá al paciente al servicio de admisión o lo trasladará inmediatamente al área de triaje, mientras un familiar brinda la información administrativa.
 - Moverán a los pacientes ya sea por sus propios pies, en camilla, silla de ruedas o utilizando una cama.
 - Cuando sea necesario, avisarán al personal médico.
 - Se seguirá disponiendo de sillas de ruedas y camillas en los accesos de emergencia.
 - Vigilarán los accesos al área de emergencia y solo permitirán el ingreso a quienes tengan la debida credencial.
 - Auxiliarán al personal médico en las tareas propias de su competencia, como sujetar a un niño mientras el personal le sutura, sujetar a un paciente mientras se realiza una punción lumbar, sujetar a un paciente mientras se realiza un lavado gástrico, colocar yesos, etc.), así como las prescritas por profesionales médicos, administrativos o de enfermería.
 - Tramitarán o realizarán sin demora las comunicaciones verbales que les envíen sus superiores.
 - Traslado de pacientes al servicio de radiología, quirófanos, servicio de endoscopia, unidades de hospitalización (ingresos), y cualquier otro servicio o unidad que se requiera.
 - Traslado de trámites a los distintos laboratorios, banco de sangre, farmacia, servicio de admisión, etc. y recogida de resultados.
 - Traslado de muebles, artículos o equipos de un servicio a otro.
- Se asegurarán de que los familiares e invitados no se desvíen por los pasillos y puestos de los servicios de emergencia más de lo necesario para llegar al lugar al que se dirigen específicamente, e incluso pueden ir con ellos si es necesario.
- Los celadores se asegurarán de mantener las áreas de espera y las áreas comunes lo más silenciosas y ordenadas posibles de manera constante.
 - Cuando un paciente sea trasladado, ya sea para realizar pruebas fuera de urgencias o cuando esté ingresado en planta hospitalaria, siempre se avisará a los familiares de los pacientes que se encuentren en sala de espera.

5 Discusión-Conclusión

El celador debe mantener la confidencialidad y mostrar respeto ante todo por el paciente y su familia. Deben abstenerse de discutir los diagnósticos, exámenes y tratamientos del paciente con los miembros de la familia del paciente, mantener en secreto el pronóstico de la enfermedad del paciente y derivar siempre

las consultas al médico que supervisa la atención del paciente.

El celador se encargará de que siempre haya las suficientes sillas de ruedas y camillas disponibles para trasladar a los paciente al lugar indicado por el personal médico o por el personal de enfermería mientras se encuentran en medio del mismo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 390

EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL CALEFACTOR DE CENTROS HOSPITALARIOS ¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE?

ALFONSO LÓPEZ BEAMUD

ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR

LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO

PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS

FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ

1 Introducción

Además de médicos, enfermeras, asistentes y ayudantes, los hospitales emplean un personal llamado personal de mantenimiento que lleva a cabo una variedad de tareas igualmente cruciales.

El sistema de salud deposita todo su patrimonio en estas personas y los pone en sus manos.

Se puede denominar servicio de mantenimiento al conjunto de recursos materiales, técnicos y humanos que están destinados a asegurar siempre el correcto funcionamiento de la ingeniería y arquitectura de cualquier centro de salud, así como de sus equipos electromédicos.

El número de funcionarios dedicados al mantenimiento crece con el tamaño del centro de salud y se especializan más en los trabajos que realizan, como el mantenimiento eléctrico, mecánico y de instalaciones.

Estas personas son las encargadas de garantizar que la maquinaria funcione de manera correcta y eficaz. Identifican y corrigen errores y realizan inspecciones de mantenimiento de rutina. Realizan tareas como limpieza de máquinas, inspección, verificación, sustitución, instalación y montaje, reparación, localización de averías, sustitución de piezas y revisión.

2 Objetivos

Conocer los distintos profesionales que hay en el departamento de mantenimiento de los hospitales, en especial el calefactor, así como las funciones que llevan a cabo.

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

Se puede denominar mantenimiento al desarrollo de actividades destinadas a conseguir que algo se degrade en igual o menor grado del que se ha tenido en cuenta en su diseño o que se obtenga una "vida" mayor. El tipo de mantenimiento que se realiza puede resultar en:

1. Los ingenieros técnicos industriales son los encargados de organizar, mantener y cuidar todo tipo de instalaciones. También proporcionan informes sobre cualquier solicitud de información puramente técnica.
2. Los capitanes industriales son responsables de vigilar las instalaciones que tengan bajo su control, informar técnicamente de las incidencias que se produzcan e intervenir directamente en su resolución. La organización y gestión de los talleres cae directamente bajo su competencia.

3. Los mecánicos están a cargo del mantenimiento y operación general de la máquina. lavandería, calefacción, aire acondicionado, cocinas, sistemas de refrigeración, instalación de oxígeno y vacío, mantenimiento de equipos de anestesia y reanimación, y plantas de gas propano, todos entran en la categoría mecánica.
4. Los electricistas se encargan de la puesta a punto y reparación de electrodomésticos, averías eléctricas de emergencia, ascensores, iluminación interior y exterior del edificio, mantenimiento y limpieza de baterías de acumuladores y mantenimiento y conservación general de cuadros de baja tensión.
5. Calefactores: Vigilancia constante de la planta térmica y de refrigeración, incluyendo su mantenimiento, manejo y limpieza; mantenimiento y limpieza de muebles de aire acondicionado, radiadores o tuberías; instalación de vapor; tuberías, válvulas y desagües; esterilización central; marmitas, esterilizadores y equipos similares; y recepción y supervisión de embarques de combustible y su uso. Trabajos relacionados con las instalaciones bajo su gestión en el taller.
6. Los fontaneros se encargan del mantenimiento y limpieza de las instalaciones de fontanería y agua caliente, de la red de saneamiento de la zona del edificio, de las pequeñas ampliaciones y mejoras de la red y del control del suministro de agua.
7. Los albañiles son responsables del mantenimiento y limpieza de los sistemas de alcantarillado, chimeneas, revestimientos refractarios de calderas, techos y bajantes pluviales en forma regular.
8. Los carpinteros tienen a su cargo la construcción y conservación de muebles de madera, estanterías, colocación y revisión de cerraduras y mantenimiento de puertas, mamparas y demás utensilios de madera.
9. El mantenimiento, conservación y arreglo de los jardines son responsabilidad de los jardineros.
10. La conservación y renovación de pintura interior y exterior, la pintura y esmalte de muebles médicos y los servicios generales son prestados por pintores.

5 Discusión-Conclusión

Habitualmente, los servicios de mantenimiento de los hospitales no están lo suficientemente valorados, ya que no se consideran dentro del tratamiento médico, sin embargo, forman una parte muy importante dentro de los hospitales ayudando a su correcta conservación y funcionamiento.

Cuando los pacientes acuden a los hospitales, centros de salud y lo encuentran todo en perfecto estado y en funcionamiento no saben el trabajo que hay detrás.

Aparte del trabajo diario previamente programado, siempre surgen urgencias que son reparadas en el momento para poder continuar con la asistencia sanitaria. Es un trabajo que se realiza a diario, pero no se ve y, por tanto, no se valora lo suficiente.

6 Bibliografía

1. [Internet]. Ingesa.sanidad.gob.es. 1990 . Available from: https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/ internet/docs/Organizacion_mantenimien.pdf.
2. Paredes Palomo L. Riesgos en personal sanitario III: Trabajos de mantenimiento [Internet]. Quirón Prevención. 2020 [cited 4 December 2020].

Capítulo 391

PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL CALEFACTOR Y EL SISTEMA DE CLIMATIZACIÓN EN QUIRÓFANOS

FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ

ALFONSO LÓPEZ BEAMUD

PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS

ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR

LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO

1 Introducción

Dado que las partículas contaminantes pueden ingresar al cuerpo a través de la herida quirúrgica y causar infecciones en los pacientes, se debe prestar especial atención a la calidad del aire en los quirófanos. Como resultado, se requieren barreras que separen la sala de operaciones del resto del hospital y del mundo exterior. Los términos nosocomiales y adquiridos en hospitales se utilizan para describir estas infecciones.

Aunque los acondicionadores de aire de la unidad quirúrgica serán utilizados únicamente allí y por nadie más en el hospital, estarán conectados al sistema principal de producción de calor y frío.

Debido a que los quirófanos son únicos, sus instalaciones deben realizar tareas de aire acondicionado como la renovación del aire para eliminar los gérmenes

producidos durante la cirugía, usar diferentes presiones para evitar que el aire limpio ingrese a las habitaciones adyacentes, crear un flujo de aire para alejar el aire contaminado de la mesa de operaciones y la mesa de instrumentos. y regular la temperatura, la humedad y la ventilación para proporcionar un ambiente cómodo para el equipo quirúrgico.

Se recomienda un valor de 21°C (-1°C y 3°C) y una humedad relativa ambiente del 50% (-10%) para el quirófano para evitar el crecimiento de bacterias.

2 Objetivos

Conocer que funciones tiene el calefactor de un hospital respecto a la climatización, la temperatura y humedad de los quirófanos.

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

Para garantizar la comodidad y el control de cualquier partícula infecciosa que pueda afectar a los pacientes, al personal y a los propios visitantes, los entornos de los hospitales y cualquier otro centro de atención médica deben estar debidamente ventilados, acondicionados y mantenidos.

Debido a la presencia de agentes químicos de alto riesgo, microorganismos y pacientes susceptibles a ellos, la calidad del aire en dichos establecimientos de salud es aún más importante que en otros ambientes.

Cada quirófano debe tener barreras para mantener fuera los microorganismos en el aire. Para hacer esto, necesitas:

- Una puerta hermética para mantener fuera el aire exterior.
- Filtros que pueden deshacerse de cualquier partícula perdida, típicamente filtros HEPA.
- Utilizando UTAs (unidades de tratamiento de aire), renovar el aire.
- Materiales que sean fáciles de esterilizar.

Esta tecnología consiste en filtrar el flujo de aire. En el área donde se encuentran los microorganismos, estas corrientes se mueven en líneas paralelas y con una velocidad constante.

Se recomienda que estas rejillas estén lo más cerca posible del techo si se opta por un bypass de recirculación de aire en el conducto de extracción.

Dicho esto, el objetivo del diseño es producir sistemas de ventilación y aire acondicionado que puedan adaptarse a las siguientes necesidades:

- Seguridad sanitaria.
- Confort climático.
- Suprimir el volumen.
- Eficiencia energética.

El aire no debe moverse demasiado de las áreas sucias a las limpias durante el diseño del sistema.

El sistema de refrigeración consiste en un acondicionador de aire que se puede encontrar dentro o fuera del quirófano.

Es igualmente crucial contar con un sistema de presión positiva para que el aire siempre se mueva de las áreas más limpias a las menos limpias y nunca al revés.

5 Discusión-Conclusión

El flujo laminar se utiliza para prevenir estas complicaciones, ayudando a disminuir las infecciones y los microorganismos que podrían filtrarse y estar presentes en el quirófano.

Las rejillas de extracción son una buena opción para la climatización. Para obtener el mejor rendimiento, se recomienda que estas unidades de tipo compacto se instalen a nivel del suelo.

El buen funcionamiento de los acondicionadores de aire de quirófano y la limpieza de la cadena de filtración de aire requieren especial atención por parte del personal de mantenimiento como es el calefactor. Ahora sabemos lo crucial que es que los quirófanos tengan aire acondicionado.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. <https://fmgrupotec.com/climatizacion-quiroyfano/>.

Capítulo 392

EL CALEFACTOR: LA SUSTITUCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LOS PURGADORES Y LAS VÁLVULAS DE LAS CALDERAS DE UN HOSPITAL

FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ

PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS

ALFONSO LÓPEZ BEAMUD

LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO

ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR

1 Introducción

Los purgadores son utilizados por los calefactores de los hospitales para limpiar los radiadores y las calderas.

Las trampas son válvulas que liberan gases o aire de tuberías que están llenas de líquido. La parte superior lateral de los radiadores es donde se encuentran las salidas de aire. La válvula de purga, que generalmente se encuentra en el el costado de la bomba diésel, debe usarse para eliminar el aire que aún pudo haber ingresado para que todo funcione correctamente.

1. Manual: Para eliminar el aire del sistema, la mayoría son manuales y requieren la acción del usuario.

2- automático: Con este componente, el sistema de calefacción se encarga de la purga por sí mismo sin requerir la atención del calefactor.

La forma más efectiva de aumentar el rendimiento de un equipo que ha disminuido significativamente su rendimiento pero que no muestra síntomas de una falla específica es, sin duda, realizar una purga de caldera adecuada y según lo programado.

El punto más alto de la instalación del radiador debe tener drenajes automáticos o manuales porque es donde se acumula la mayor parte del aire. El sistema de calefacción funciona correctamente y de esta forma se facilita su salida al exterior.

2 Objetivos

Conocer qué son los purgadores de una caldera, cuándo hay que purgarla y cómo se hace por el personal de mantenimiento como es el calefactor de un hospital.

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

Debido a la eliminación de las burbujas de aire que restringen la circulación del agua y disipan el calor del calor-transportador (agua), lo que aumenta el consumo de combustible y, en consecuencia, las emisiones contaminantes, la purga de la caldera ayuda a prevenir la corrosión interna de los equipos y el mal funcionamiento.

¿Cuándo es necesario purgar una caldera por el personal de mantenimiento como es el calefactor?

- Incluso si no hay problemas evidentes, se recomienda purgar la caldera una o dos veces al año como procedimiento de mantenimiento de rutina.
- Después de un período prolongado de inactividad, cuando finaliza la estación cálida y la caldera está a punto de entrar en un período de intensa actividad. Esto suele ocurrir al comienzo de la temporada de otoño.

- Siempre se recomienda purgar una caldera nueva antes de la instalación. Sin ser purgados, los gases elevarán la temperatura a un nivel inseguro, lo que hará que la caldera comience a quemarse.
 - Cuando la caldera se atasca por gases de combustión demasiado calientes.
 - Incluso después de haber purgado los radiadores, continúan los ruidos aflautados y las vibraciones en los conductos provocados por el circuito de calefacción que tiene burbujas de aire.
 - Si existe una causa desconocida para el mal funcionamiento de la caldera.
 - Cuando todos los componentes de la caldera y los circuitos eléctricos funcionan perfectamente, pero los radiadores no alcanzan la temperatura deseada.
- Los cuatro pasos para purgar una caldera son los siguientes:

1. Apagar completamente la caldera.
2. Localizar la válvula de purga de la caldera.
3. Se deben purgar los radiadores para completar la acción.
4. Agregar combustible al calentador.

Las purgas de aire en el circuito de gasóleo son ocasionalmente necesarias para las calderas de gasóleo. Cuando se agota el depósito de gasóleo, un efecto es que puede entrar aire o que la caldera ni siquiera pueda arrancar por sí sola cuando se vuelve a llenar el depósito.

5 Discusión-Conclusión

Una caldera necesita una continua revisión de mantenimiento, en este caso es el purgado de calderas el que realiza el calefactor de un hospital.

La función del purgador es eliminar el aire que se encuentra en el circuito primario de la caldera y radiadores, evitando ruidos y cabeceos de la bomba, consiguiendo mejorar el rendimiento de calor de los radiadores y en general de la caldera de un hospital.

Para finalizar es importante que el calefactor conozca donde están todos los purgadores, además de conocer las posibles causas que llevan a que se purgue la caldera en un momento determinado.

6 Bibliografía

1. <https://instalacionesyeficienciaenergetica.com/valvula-termostatica-calefaccion/?amp>.
2. https://blog.valvulasarco.com/sistemas-purgado-purgador-automatico-valvula-purga?hs_amp=true.

Capítulo 393

EL PERSONAL SUBALTERNO DURANTE LA TRANSFERENCIA DEL PACIENTE EN EL CENTRO SANITARIO. FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y EN LAS PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN DURANTE LA TRANSFERENCIA DEL PACIENTE

ANTONIO RODRIGUEZ MÁRQUEZ

ALEJANDRO ANGEL GIL

MARÍA ELENA ÁNGEL GIL

SANDRA CAÑADILLA ORTIZ

ANTONIO MIGUEL RODRIGUEZ FERNANDEZ

1 Introducción

Se entiende como transferencia la acción realizada por el personal sanitario y no sanitario para transferir a un paciente desde la camilla del servicio de ambulancia

hasta la camilla de urgencias o hasta la cama hospitalaria, y viceversa.

Esta actuación es función exclusiva de la categoría del personal subalterno, sin embargo, no puede ser realizada por una única persona, por lo que será realizada conjuntamente por el celador junto al técnico en transporte sanitario, al técnico en cuidados auxiliares de enfermería y al equipo de enfermería responsable del paciente.

Dicha actuación será realizada a través de dos vías:

- En la sala de transferencia de urgencias cuando el paciente acude al servicio de urgencias hospitalarias a través del servicio de ambulancias y cuando es dado de alta puesto que no requiere de hospitalización, y es trasladado al domicilio nuevamente por el servicio de ambulancias.
- En la habitación del paciente de la planta de hospitalización en la cual se encuentra ingresado, cuando es dado de alta y es trasladado al domicilio a través del servicio de ambulancias.

Durante el desarrollo de este capítulo científico se procederá a explicar las funciones de los celadores durante las transferencias realizadas a los pacientes en urgencias y plantas de hospitalización.

2 Objetivos

- Conocer las dos vías por las cuales se puede realizar la transferencia de un paciente de la camilla del servicio de ambulancia a la camilla de urgencias o a la cama hospitalaria.
- Enumerar las funciones del celador durante la transferencia.

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 detallado en la introducción de este capítulo científico, la transferencia de los pacientes es función del personal subalterno, sin embargo, ante la

presencia individual del equipo de celadores en cada servicio, es necesaria la actuación del resto de profesionales del servicio de urgencias que se encuentra en el área de transferencia y del personal de las plantas de hospitalización para poder realizar las transferencias de los pacientes. Si existiera la presencia de más celadores en dichos servicios, no sería necesaria la presencia del resto de categorías profesionales, puesto que sería realizado únicamente por el personal subalterno, ya que son los encargados de movilizar a los pacientes.

Funciones realizadas por los celadores durante la transferencia del paciente en el área de transferencia del servicio de urgencias.

- Disponer del transfer como medio auxiliar para transferir a un paciente.
- Disponer de una bala de oxígeno si el paciente requiere oxígeno.
- Posicionar la camilla de urgencias en plano paralelo a la camilla del servicio de ambulancias.
- Posicionar la camilla de urgencias en plano paralelo al suelo, para lo que se bajará el segmento superior (cabecero) y el segmento inferior (piecero).
- Colocar la camilla de urgencias a la misma altura que la camilla del servicio de urgencias.
- Realizar la transferencia del paciente junto al resto de profesionales sanitarios y el técnico en transporte sanitario.
- Trasladar al paciente desde el área de transferencia hasta la ubicación determinada en el servicio de triaje, una vez el paciente se encuentre en la camilla de urgencias.

Funciones realizadas por los celadores durante la transferencia del paciente en las plantas de hospitalización.

- Disponer del transfer como medio auxiliar para transferir a un paciente.
- Posicionar la cama hospitalaria en plano paralelo a la camilla del servicio de ambulancias.
- Posicionar la cama hospitalaria en plano paralelo al suelo, para lo que se bajará el segmento superior (cabecero) y el segmento inferior (piecero).
- Colocar la cama hospitalaria a la misma altura que la camilla del servicio de urgencias.
- Realizar la transferencia del paciente junto al resto de profesionales sanitarios y el técnico en transporte sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El personal subalterno durante la transferencia del paciente en el centro

sanitario. Funciones del celador en el servicio de urgencias y en las plantas de hospitalización durante la transferencia del paciente” nos demuestran la actuación del celador durante la transferencia del paciente desde la camilla del servicio de ambulancias a la camilla de urgencias o a la cama de hospitalización.

Un aspecto a tener en cuenta durante la transferencia del paciente es controlar los dispositivos que porte el paciente, como sondas vesicales, drenajes, sistemas de medicación, para evitar tirones y el arranque de los dispositivos.

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. RODRIGUEZr,F., CASTRO, A. El celador en cuidados paliativos. España. Formación continuada logoss. 2018.
4. VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición2021.

Capítulo 394

EL CELADOR EN FARMACIA

MARÍA JOSÉ DE LA TORRE ARROYO

1 Introducción

En el contexto hospitalario la farmacia es un centro vital para la gestión y dispensación de medicamentos, así como para el cuidado integral de los pacientes. En este entorno, el papel del celador adquiere una nueva dimensión al colaborar en la eficiente operación de la farmacia. El celador en farmacia no solo desempeña un papel logístico al transportar medicamentos, sino que también contribuye a mantener la seguridad, organización y flujo de trabajo en este entorno crítico y altamente regulado.

El servicio de farmacia hospitalaria es el que dota al resto de unidades del hospital del material sanitario solicitado.

Será la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios quien coordine el sistema de farmacovigilancia. El papel del celador en la farmacovigilancia es esencial para garantizar la seguridad y la calidad de los medicamentos utilizados en el entorno hospitalario. La farmacovigilancia se refiere al proceso de monitoreo, detección, evaluación y prevención de los efectos adversos o inesperados de los medicamentos una vez que han sido aprobados y están en uso en la población.

En esta exploración, examinaremos en detalle las funciones y responsabilidades del celador en farmacia. Desde la logística de suministros hasta el soporte a los profesionales farmacéuticos, el celador es una figura esencial que respalda la distribución segura y efectiva de medicamentos en un entorno hospitalario, contribuyendo así a la calidad de la atención médica brindada a los pacientes.

2 Objetivos

Conocer las funciones del celador 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.

4 Resultados

El rol del celador en la farmacia del hospital es vital para el funcionamiento eficiente y seguro de la distribución de medicamentos y productos farmacéuticos. Aunque el celador no está directamente involucrado en la dispensación de medicamentos, desempeña una serie de funciones esenciales para apoyar el trabajo de los profesionales farmacéuticos y garantizar que los procesos sean seguros y efectivos. Algunas de las funciones del celador en la farmacia son:

- Recepción y Entrega de Suministros: El celador puede ser responsable de recibir y entregar suministros farmacéuticos, incluyendo medicamentos, equipos médicos y otros insumos necesarios para el funcionamiento de la farmacia.
- Transporte Interno: El celador puede trasladar medicamentos y suministros desde la farmacia a diferentes áreas del hospital, como las unidades de hospitalización, consultas externas o quirófanos.
- Control de Inventarios: El celador puede colaborar en la revisión y el mantenimiento de los niveles de inventario en la farmacia, asegurando que los suministros estén disponibles cuando se necesiten.
- Asistencia en el Almacenamiento: El celador puede ayudar a organizar y almacenar medicamentos y productos farmacéuticos en los estantes y áreas designadas de la farmacia.
- Preparación de Pedidos: Puede colaborar en la preparación de pedidos de suministros farmacéuticos para ser entregados a diferentes áreas del hospital.
- Desecho Seguro: El celador puede contribuir a la disposición adecuada de medicamentos vencidos o no utilizados, siguiendo los procedimientos de eliminación segura.
- Mantenimiento del Espacio: Puede colaborar en el mantenimiento y limpieza de las áreas de almacenamiento de la farmacia, asegurando que se cumplan los

estándares de higiene.

- Colaboración con Farmacéuticos: El celador trabaja en estrecha colaboración con los profesionales farmacéuticos para garantizar que los suministros estén disponibles y se distribuyan correctamente.
- Apoyo a Profesionales Farmacéuticos: Puede ser el responsable de buscar y llevar medicamentos o suministros específicos cuando son solicitados por los farmacéuticos.
- Cumplimiento de Procedimientos: El celador sigue los procedimientos y protocolos establecidos para garantizar que los medicamentos y suministros se manejen de manera segura y de acuerdo con las regulaciones.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del celador en la farmacia hospitalaria es de una importancia vital para el funcionamiento efectivo y seguro de los procesos relacionados con la distribución y gestión de medicamentos y suministros farmacéuticos. Aunque el celador no está directamente involucrado en la dispensación de medicamentos, su contribución es esencial para garantizar que los suministros estén disponibles, organizados y transportados de manera eficiente dentro del hospital.

El celador en la farmacia cumple funciones logísticas y de apoyo que tienen un impacto significativo en la atención médica y la seguridad del paciente.

En resumen, el celador en la farmacia es un eslabón esencial en la cadena de suministro y gestión de medicamentos en el entorno hospitalario. Su compromiso con la eficiencia, la seguridad y la colaboración interdepartamental refuerza la calidad de la atención médica que se brinda a los pacientes. La labor del celador, aunque a menudo detrás de escena, contribuye de manera significativa a la misión de proporcionar cuidados de salud integrales y seguros en el entorno hospitalario.

6 Bibliografía

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

Capítulo 395

EL PERSONAL DE FONTANERÍA Y LAS FUNCIONES QUE PRESTA EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

MIGUEL VELASCO TORRES

ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR

LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO

FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ

PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS

1 Introducción

El mantenimiento hospitalario debe realizarse de acuerdo con un conjunto de procedimientos bastante definidos que se rigen por principios fundamentales. Saber exactamente qué implica el mantenimiento y qué tipos hay es crucial por este motivo. Será más sencillo ponerlos todos en práctica y así darse cuenta de sus ventajas.

Hoy en día, la industria de la fontanería es crucial, particularmente en los hospitales. Dado que están capacitados para realizar una amplia gama de tareas, los fontaneros son unos de los profesionales a quien todos debemos tener acceso a diario. Las funciones de un fontanero son muy variadas, por lo que a continuación vamos a detallar algunas de sus responsabilidades más frecuentes.

Tanto el mantenimiento de rutina como las reparaciones urgentes entran en la categoría de mantenimiento y reparación por parte del personal de fontanería. La resolución de problemas, el reemplazo o la reparación de piezas dañadas, las pruebas y la garantía de que el sistema funcione correctamente están incluidos en el trabajo de reparación.

Si las tuberías se congelan, es posible que se necesite del personal de enfermería para realizar reparaciones de emergencia, especialmente durante el invierno.

Por eso es necesaria la rápida actuación por parte del personal de fontanería ante cualquier tipo de avería en los centros sanitarios, para evitar cualquier tipo de incidente con los pacientes y usuarios.

2 Objetivos

En este trabajo el objetivo es conocer las principales tareas y funciones del personal de fontanería dentro de los centros hospitalarios.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura relacionada con el tema del estudio para lo que se han consultado trabajos científicos obtenidos de los principales buscadores de información científica como sin Dialnet, Pubmed y Google Académico, así como distinta guías científicas sobre la materia.

4 Resultados

Estas son las funciones y tareas del personal de fontanería más habituales dentro de un centro hospitalario, aunque no son las únicas, claro está:

- Un fontanero capacitado puede autorizar la instalación de sistemas de agua potable y no potable. Para determinar si es necesaria más fuerza de una bomba en esta situación o si la presión del agua es adecuada, primero debe medirla. Será el encargado de resolver cualquier problema relacionado con el agua, tanto en lo referente al agua potable como al agua no potable.
- Eliminación de las fugas: De igual forma, un fontanero puede ayudarte a evitar fugas de agua provocadas por fugas. Suponiendo que ya hayan sucedido, también se encargará de arreglarlos. Nadie puede despedirse de las filtraciones mejor que él.

- Desatascar tuberías: Un fontanero profesional podrá solucionar el problema si las tuberías si dentro de los centros hospitalarios se emiten olores desagradables o se obstruyen. Las tuberías no volverán a emitir malos olores gracias al trabajo del fontanero.
- Instalación de grifería: Ya sea para la cocina o el baño, un fontanero es la mejor persona para asistirte en esta tarea. Es el encargado de asesorar sobre los mejores materiales en base a las necesidades y el presupuesto con él cuenta. También será quien más adelante logre instalar todo para que funcione a la perfección.
- Instalación y mantenimiento del sistema de calefacción.
- Mantenimiento para sifones: Como filtro de desechos sólidos en tuberías y malos olores en baños, son componentes esenciales de los sistemas de drenaje. Están próximos a la evacuación propia de los dispositivos y están fabricados en materiales poliméricos o metálicos. Los sifones se limpiarán aproximadamente cada seis meses o cuando se obstruyan. Por lo general, se registran mediante tapones y juntas de goma.

5 Discusión-Conclusión

El buen funcionamiento de un centro hospitalario depende de que todo tipo de personal de mantenimiento que trabaja dentro de el, realice una variedad de tareas cruciales.

Los objetivos descritos en el plan de mantenimiento del hospital son el enfoque principal de cada tipo de mantenimiento.

El mantenimiento preventivo por parte del personal de fontanería es una herramienta fundamental y de vital importancia para salvaguardar los centros hospitalarios.

Por eso es necesaria la rápida actuación por parte del personal de fontanería ante cualquier tipo de avería en los centros sanitarios, para evitar cualquier tipo de incidente con los pacientes y usuarios.

6 Bibliografía

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

Capítulo 396

EL PERSONAL DE FONTANERÍA Y LA REPARACIÓN DE LAS TUBERIAS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

MIGUEL VELASCO TORRES

ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR

LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO

FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ

PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS

1 Introducción

El mantenimiento se define como un servicio que agrupa una serie de actividades, las cuales tienen como fin una ejecución que permite alcanzar un mayor grado de confiabilidad en los equipos, máquinas, construcciones civiles e instalaciones. Además permite eliminar condiciones inseguras que podrían afectar a las personas que acuden a los centros hospitalarios.

El cuidado de las tuberías por parte del personal de fontanería, es una parte muy importante para mantener los centros hospitalarios de una forma limpia, segura y saludable, y si se hace correctamente y a tiempo, puede ser rápido, fácil y económico.

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.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es conocer las funciones por parte del personal de enfermería 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 los 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.

4 Resultados

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:

1º 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.

2º 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.

- Reparación de tuberías de acero galvanizado.

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.

5 Discusión-Conclusión

El mantenimiento preventivo es una herramienta fundamental para salvaguardar los centros hospitalarios. Gracias a esto, podemos evitar costos importantes sin tener que lidiar con inconvenientes potencialmente fatales como fallos en el sistema de aguas negras, inundaciones, malos olores y muchas otras cosas que pueden dañar el medio ambiente y la salud de todas las personas que acuden a los centros hospitalarios.

Es por eso que el personal de fontanería debe estar formado ante este tipo de averías en las tuberías y actuar de forma rápida en su reparación, para no ocasionar ningún tipo de trastorno a los pacientes y usuarios que acuden a los hospitales.

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 397

EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL FONTANERO Y LAS HERRAMIENTAS UTILIZADAS EN REPARACIONES Y AVERÍAS EN HOSPITALES

MIGUEL VELASCO TORRES

ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR

LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO

FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ

PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS

1 Introducción

Equipos multidisciplinarios de profesionales de la salud y no de la salud de diversas profesiones conforman el campo de la salud y son los pilares fundamentales para el funcionamiento eficiente de las instituciones de salud.

El personal de mantenimiento en sí está compuesto por varias sucursales con una variedad de puestos de trabajo que siempre operan de acuerdo con un plan de mantenimiento.

La mayoría de las herramientas que utilizan el personal de fontanería son prácticas y versátiles. Por eso, un centro hospitalario debe estar bien equipado con

algunos de los elementos y herramientas que veremos a continuación. Ya que se le pueden dar diferentes usos y arreglar las diferentes averías que puedan surgir dentro de los centros hospitalarios.

Un fontanero es un profesional que se dedica a la reparación y mantenimiento de sistemas de plomería, de las posibles averías y fugas, de las roturas de tuberías, atascos de desagües, cambios o roturas de los grifos, etc., de los centros sanitario, por lo que es de vital importancia que cuente con las herramientas necesarias para llevar a cabo su labor. Se debe conocer todo sobre el tipo de herramientas que se usan en fontanería y su función para saber cómo y cuándo usarlas.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es conocer qué tipo de herramientas utiliza el personal de fontanería para el mantenimiento de los centros sanitarios.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica exhaustiva de libros en la literatura existente y también se han consultado los artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de las publicaciones científicas revisadas.

4 Resultados

Vistos los materiales que se utilizan en fontanería, sus accesorios y las operaciones necesarias para adaptarlos a la instalación, trataremos en las siguientes líneas las herramientas y útiles, clasificadas según su función.

1. De Medición

Para efectuar las operaciones de medición se utiliza la cinta métrica, el flexómetro, el metro plegable, la regla metálica graduada, etc.

2. De Amarre y Apriete. Entre éstas tenemos:

- Llaves. Se utilizan para montar o desmontar piezas roscadas, tuercas y tornillos con cabeza sin ranura. Pueden ser del tipo siguiente: o Fija o Fija doble. o Fija doble para tubos. o Llave inglesa. o Llave ajustable. o Llave ajustable para tubos. o Llave de cadena.

3. Alicates. Se usan para sujetar pequeñas piezas o tirar de ellas. Hay varios tipos: o Alicates universales. o Alicates de pico de loro. o Alicates de fijación.

4. De corte

Las herramientas utilizadas para el corte de tubos varían según el material que se va a tratar.

- Los tubos de plomo se pueden cortar con una sierra o incluso con cuchillos porque son un material blando.
- Se puede utilizar una sierra de mano para cortar tubos de cobre. Se inmovilizan con una herramienta única para evitar que se aplasten durante este procedimiento. El cortador de tubos también se utiliza para producir un corte preciso y limpio. Los componentes básicos del cortatubo son un soporte muy rígido en forma de U con una hoja circular giratoria en un lado, unos rodillos de apoyo en el otro y un mecanismo que permite acercar la hoja mientras se aplica presión.
- Usar la sierra de arco y la sierra de tigre universal para cortar tubos de acero con un diámetro pequeño. Utilice un cortatubo con mangos que puedan usarse como palanca para aplicar fuerzas de corte más fuertes al cortar materiales con diámetros grandes.
- Los cortatubos con cadenas se utilizan para cortar tubos de hierro fundido.
- Se utiliza una sierra, un cuchillo o una herramienta similar para cortar tubos de plástico en tubos de PVC. El uso de cortatubos rígidos y especializados.

5. De Curvado y Conformado

Para el curvado de tubos de plomo y de cobre se utiliza el muelle.

Para tubos de hierro se emplea las tenazas curvatubos y las curvadoras hidráulica y eléctrica.

6. Abocardado

Otra operación importante es la del abocardado de tubos, que consiste en ensanchar la boca de un tubo para que en ella se introduzca el extremo del otro. El abocardado debe hacerse de manera que el sentido de la circulación del agua vaya del tubo macho al tubo hembra.

7. De Roscar

Hay varios tipos:

- Terrajas ajustables.
- También se utilizan la rascadora electroportátil y las máquinas roscadoras y ranuradoras.

8. De Montaje y Mantenimiento

Dentro de este grupo tenemos las llaves y los destornilladores para montar y desmontar uniones roscadas.

5 Discusión-Conclusión

El uso correcto de los materiales y herramientas por parte del personal de fontanería de calidad es fundamental para garantizar un correcto funcionamiento del sistema, evitando posibles fugas, obstrucciones o roturas en los centros sanitarios y así evitar problemas que puedan ocasionar algún percance con los usuarios o pacientes que acudan a ellos. Además, es importante contar con un personal de fontanería que este especializado y que esté formado de forma correcta para la instalación y mantenimiento de estos sistemas para asegurar su correcto funcionamiento de los centros sanitarios. Así como es importante conocer las herramientas necesarias para llevar a cabo un trabajo correctamente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 398

EL ELECTRICISTA Y LA ADAPTACIÓN DE LA ILUMINACIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL HOSPITAL

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

SERGIO GARCÍA ZAMORA

RAMÓN SERRANO LÓPEZ

JOAQUIN HERNÁNDEZ LÓPEZ

ALFONSO LÓPEZ BEAMUD

1 Introducción

Dado que pasamos tanto tiempo en el trabajo, una buena iluminación no solo nos ayuda a evitar la fatiga visual al final del día, sino que también tiene un impacto muy positivo en el crecimiento y la ergonomía de los empleados. La mejor iluminación es la luz ambiental, aunque esta opción no siempre es factible en un entorno hospitalario, lo que requiere el uso de fuentes de luz que son artificiales como respaldo a la luz ambiental.

El electricista que trabaja para el departamento de mantenimiento del hospital debe estar familiarizado con los diferentes productos y tecnologías de iluminación (LED, fluorescente, vapor de sodio, etc.), con el fin de proporcionar la mejor iluminación posible para la actividad que se realiza al construir un nuevo

espacio de trabajo o reemplazar la iluminación obsoleta o deteriorada con accesorios más modernos. Es importante considerar el tamaño del lugar de trabajo y la mejor distribución para la uniformidad.

Hay muchas luminarias LED disponibles en este momento que ofrecen una variedad de opciones, desde pequeños focos para distribuir uniformemente la luz hasta paneles grandes. Debido a que no se calientan mientras están en uso, no cambian la temperatura natural de los ambientes de trabajo.

2 Objetivos

Aumentar la conciencia sobre el valor de una iluminación adecuada. Las características de construcción de la luminaria, incluyendo su temperatura de color y puntos de iluminación bien distribuidos por el electricista de un hospital.

3 Metodología

Para completar este trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica de toda la literatura científica. Además de consultar artículos de las principales bases de datos, se realizó una búsqueda exhaustiva de libros y artículos científicos con contenido pertinente al tema de estudio de la base de datos de Scielo.

4 Resultados

El electricista debe estar familiarizado con las distintas leyes y tipos de luminarias, al igual que el personal de mantenimiento de un hospital.

La posición que adopta habitualmente el trabajador en relación con la luminaria puede provocar fatiga visual porque evita el deslumbramiento, la molesta sensación que produce la presencia de zonas luminosas en el campo de visión. porque la luz es demasiado intensa. El deslumbramiento puede ser directo, proveniente de una luminaria en la línea de visión del trabajador, o indirecto, proveniente de la luz que se refleja en objetos cercanos. Pintar las paredes y los techos con pinturas mate y evitar fuertes contrastes entre el área de trabajo y el entorno también puede ayudar en cierta medida. Para corregir estas situaciones, la mayoría de los fabricantes incorporan rejillas o pantallas para ocultar la fuente de luz.

El espectro visible para el ojo humano abarca longitudes de onda desde 380

nanómetros para el violeta hasta 780 nanómetros para el rojo; fuera de estos rangos, el ojo no puede percibir otras formas de radiación.

Otro criterio agrupa las fuentes de luz artificial en función de qué tan bien reproducen el color. Su IRC debe estar entre 85 y 100 para rendir al máximo; cuanto más bajos son estos parámetros, peor es el rendimiento. Asimismo, la temperatura de color.

Con el mismo IRC y diferentes temperaturas, un objeto aparecerá más brillante en el rango de 2800–6500 k. Hay una amplia gama, a partir de 2700k.

Según los grados Kelvin, los fabricantes comienzan a categorizar las lámparas incandescentes de hasta 6500k y algunas lámparas fluorescentes de 3000k, 4000k o 6000k como cálidas, neutras o frías. conocimiento.

La temperatura de color de nuestras luminarias debe estar lo más cerca posible de 5200k porque la luz natural es ideal y el sol al mediodía emite luz con una temperatura de color de aproximadamente eso.

A la hora de seleccionar la luminaria o bombilla adecuada, el ángulo de apertura es otro factor a tener en cuenta; cuanto menor sea la dispersión de la luz, menores serán los grados de apertura. El fabricante proporciona información para algunas bombillas.

5 Discusión-Conclusión

Si bien la iluminación artificial solo debe usarse cuando la iluminación natural es insuficiente o inexistente porque siempre es preferible la iluminación natural, es importante que cualquier iluminación artificial utilizada en un entorno sea lo más uniforme posible para evitar el deslumbramiento. La temperatura de color que más se asemeje a la de la luz del día es ideal.

Entre los aspectos a tener en cuenta a la hora de elegir se encuentran los distintos tipos de luminarias, los requerimientos lumínicos para cada tipo de desempeño de las tareas diarias del trabajo a realizar, los grados de ángulo de apertura del flujo luminoso, el rendimiento, el calor que estas producen en funcionamiento , y el uso de varias pantallas y rejillas para difuminar el deslumbramiento.

6 Bibliografía

- 1.https://www.insst.es/documents/94886/327166/ntp_211
- 2.<https://luxes.es/normativa-de-iluminacion-en>

Capítulo 399

PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL ELECTRICISTA Y LA INTERPRETACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LOS CUADROS ELÉCTRICOS DE UN HOSPITAL

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

SERGIO GARCÍA ZAMORA

ALFONSO LÓPEZ BEAMUD

RAMÓN SERRANO LÓPEZ

JOAQUIN HERNÁNDEZ LÓPEZ

1 Introducción

La electricidad se utiliza ampliamente en un entorno hospitalario. Debe disponer de un centro de transformación de alta tensión a baja tensión para abastecer sus instalaciones sin sobrecargar las redes de baja tensión cercanas. La corriente viaja desde los transformadores a las celdas de medición y protección, luego a un panel de tamaño considerable o centro de distribución, donde ha estado, para subdividir en varios cuadros y subcuadros eléctricos y distribuirlos entre plantas y zonas. Deben estar señalizados e identificados debido a la gran cantidad de

cajas. Se deben utilizar interruptores automáticos y diferenciales en el panel de distribución del que salen para proteger todas las líneas de alimentación de los paneles.

El electricista debe hacer frente a diversos cortes de corriente, derivaciones y cortes por sobrecarga en diversos departamentos hospitalarios como parte de sus funciones diarias. Dependiendo del trabajo realizado en él.

Estos tienen una prioridad más alta para restaurar la corriente que otras habitaciones. En áreas con pacientes críticos, el uso de baterías complementarias en los equipos es fundamental durante un corte de energía, al igual que en los laboratorios donde se utilizan reactivos. Ambas situaciones nos dan una pequeña ventana de tiempo para poder reparar el suministro cuando se usa el UPS en estas situaciones.

2 Objetivos

Conocer las funciones del electricista con el mantenimiento de los cuadros eléctricos de un hospital, así como su posible reparación.

3 Metodología

Para completar este trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica de toda la literatura científica. Además de consultar artículos de las principales bases de datos, se realizó una búsqueda exhaustiva de libros y artículos científicos con contenido pertinente al tema de estudio de la base de datos de Scielo.

4 Resultados

Cada hospital dispone de una sala donde se distribuye la energía eléctrica a los distintos cuadros eléctricos que se encuentran en las plantas y en los distintos servicios.

La distribución de energía eléctrica a los distintos cuadros eléctricos que se encuentran en las plantas y en los distintos servicios se realiza en una habitación de cada hospital.

En cada hospital existe una sala donde se distribuye la energía eléctrica a los distintos cuadros eléctricos que se encuentran en las plantas y en los distintos

servicios.

Cada hospital dispone de una sala donde se distribuye la energía eléctrica a los distintos cuadros eléctricos que se encuentran en las plantas y en los distintos servicios.

Las protecciones de primera línea se muestran en esta sala, o panel principal.

Las reparaciones en equipos o paneles de servicio deben ser posibles con total seguridad contra cortes de energía. Los interruptores y diferenciales de alto amperaje y baja sensibilidad están conectados a los paneles de la sala principal. Están ahí para proteger las líneas que se conectan a otros paneles en lugar de proteger a las personas.

La línea de alimentación ingresa a un interruptor general tetrapolar ubicado en los tableros o subtableros de planta. Este disyuntor debe tener suficiente amperaje para soportar el funcionamiento regular de los servicios suministrados. A partir de ahí, la corriente pasa a través de un diferencial general de cuatro polos, típicamente de 300 mA, que debe tener un amperaje más alto que el disyuntor general para evitar la degradación. Cuando no hay presencia de motores trifásicos, la corriente pasa del diferencial a las distintas distribuciones que componen el cuadro y normalmente se distribuye en tres ramales, uno para cada fase.

Cada ramal deberá disponer de un disyuntor general, diferencial de 30 mA, y de los distintos disyuntores (PIA) que alimentan los distintos servicios, como alumbrado, tomas, alumbrado de emergencia, etc.

Las características de los interruptores incluyen un disparo térmico y un disparo electromagnético directo sin capacidad de regulación. Las características de disparo de corriente y tiempo están estandarizadas. Un disyuntor debe tener una capacidad de corte mínima de 4500 amperios; típicamente, los fabricantes estandarizan a 6kA.

Los paneles de fusibles generalmente se encuentran con disyuntores y fusibles más antiguos. Una vez que se dispara un fusible, no se puede restablecer; en su lugar, se debe instalar un fusible nuevo con las mismas características.

5 Discusión-Conclusión

La protección de los conductores eléctricos, motores, equipos y, lo que es más importante, de las personas, frente a cualquier evento imprevisto relacionado con la corriente, está asegurada por el correcto mantenimiento por parte del electricista de los interruptores magnetotérmicos y diferenciales de los cuadros eléctricos.

Comprender las reglas, ponerlas en práctica y utilizar los muchos productos de control y protección que venden los fabricantes puede ayudarnos a alcanzar nuestras metas. contar con la protección adecuada contra contactos directos e indirectos, sobrecorrientes y sobrecargas, lo cual debe ser realizado por un electricista hospitalario.

Seremos capaces de identificar más rápidamente el mal funcionamiento o la avería de una máquina o de un circuito si los dispositivos de protección están correctamente distribuidos, tanto vertical como horizontalmente.

6 Bibliografía

- 1.Las normas UNE EN 60898, UNE EN 61008 y UNE EN 61009
- 2.Microsoft Word - ITC-BT-17 guia E Sep 20 R2.doc (industria.gob.es)
- 3.<https://www.cadenzaelectric.com/blog/que-es-un-diferencial-superinmunizado>

Capítulo 400

SISTEMAS DE TRIAJE EN URGENCIAS

MARÍA TRINIDAD SIMÓN COLMENERO

1 Introducción

El comienzo del triaje, se instauró en Francia en el transcurso de las batallas de las milicias de Napoleón, donde se creó un procedimiento para asistir primeramente a los militares que exigían atención inminente a lo largo del curso de la guerra. Así mismo fue también utilizado en batallas posteriores.¹

El triaje en los centros hospitalarios se basa en evaluar a los enfermos teniendo en cuenta su emergencia o importancia y no por el turno de asistencia a los servicios de urgencias de los centros hospitalarios. La puesta en marcha de un triaje organizado, apropiado, legítimo y repetible, es un nuevo reto para reforzar las características de la asistencia en el ámbito de las urgencias hospitalarias.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define urgencia como “la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia”¹ La expresión “traje” proviene del término trier que significa ordenar, elegir o seleccionar. El triaje en el centro hospitalario se basa en evaluar a los enfermos de manera previa a hacer una evaluación íntegra.

2 Objetivos

- Conocer la necesidad de la aplicación de las técnicas de triaje en las urgencias del centro hospitalario.
- Citar los diferentes sistemas de triaje y niveles de priorización.
- Establecer los tiempos de actuación para cada modelo de triaje.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo un examen consistente en un análisis bibliográfico sobre material científico existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y consultado artículos de las principales bases de datos Google Académico, ScienceDirect y Scielo.

4 Resultados

El triaje tiene que posibilitar una administración organizada de las tareas del grupo multidisciplinario mediante su ejecución en un periodo limitado, de manera rápida y segura para conseguir llevar a cabo sus fines y obligaciones esenciales:

- Identificar rápidamente los pacientes que se encuentren en grave peligro.
- Dar prioridad a la emergencia del paciente usando para ello los niveles de clasificación.
- Hacer una revisión constante y regular a los enfermos que no necesiten asistencia inminente ya que no muestran importantes indicios.
- Facilitar un lugar adecuado para preservar la intimidad y bienestar del paciente.
- Proporcionar referencias a cerca de las exigencias de asistencia precedentes.
- Notificar al paciente y/o familiares la clase de atención que precisa y de más o menos el período de demora para mermar su preocupación.
- Disminuir la congestión en las urgencias hospitalarias para optimizar la asistencia a los pacientes.
- Generar una lengua usual para todo el personal de urgencias.

La principal finalidad del triaje, es que sean atendidos en primer lugar los pacientes que lo necesiten con más urgencia. Hoy por hoy, se conocen cinco sistemas de categorización de triaje homologados y generalizados de cinco niveles para la adecuación e inserción en las urgencias del centro hospitalario:¹

- Australian Triage Scale (ATS) (2000)
- Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) (1995)
- Manchester Triage System (MTS) (1996)
- Emergency Severity Index (ESI) (1999)
- Sistema Español de Triage (SET) (2000)

En el sistema de triaje se fijan unos niveles de prioridad. Dichos niveles son:

- Nivel I (urgencia vital o resucitación): preferencia total y observación al instante. Para pacientes que necesitan reanimación y corren grave peligro.

- Nivel II (Emergencia): Son pacientes con apremiante inseguridad anatómica, grave peligro pronosticable o fuerte daño, cuya conclusión está subordinada a una correcta atención en un período aproximadamente pequeño.
- Nivel III (urgencia): Son cuadros intensos y probablemente peligrosos que normalmente necesitan de gran variedad de exámenes médicos.
- Nivel IV (menor urgencia): Son procesos con una emergencia inferior, en el que los pacientes pueden precisar exámenes médicos a causa de lesiones más pequeñas y leve sufrimiento. A veces precisan de asistencia médica, pero estos deberían dirigirse a su cetro de salud.
- Nivel V (no urgencia): No son casos inminentes, tiene poca complicación, que proporciona una asistencia sin peligro para el paciente. Logran llevarse a cabo en los centros de salud, sin necesidad de asistir a las urgencias del centro hospitalario.

El triaje se lleva a cabo por personal sanitario, este debe poseer una preparación constante acerca del tema y un ejercicio laboral impecable. Su labor se traduce en:2

- Admisión del enfermo.
- Apreciación.
- Evaluación.
- Comunicación a pacientes y familiares.
- Adjudicación de especialista.
- Organización con el resto de personal.

Estos pasos deben realizarse en la mayor brevedad posible, precisan por tanto la prelación en la asistencia, adecuando la urgencia del paciente a la existencia de medios, ambiente, petición de asistencia en el sistema, etc. Por eso son tareas de categorización: la colocación de los pacientes catalogados, el período de demora, la observación de las estancias y la dirección del trabajo y de los distintos grupos sanitarios.

El período de intervención fijado para cada nivel a la hora de priorizar a los pacientes desde que llegan a urgencias y su asistencia por el personal sanitario cambian dependiendo del modelo al que nos refiramos.¹

Niveles de prioridad según los distintos sistemas de triaje:

- Sistema ATS: o Nivel I (resucitación): Inmediato o Nivel II (emergencia): 10 minutos o Nivel III (urgencia): 30 minutos o Nivel IV (urgencia menor): 60 minutos o Nivel V (no urgencia): 120 minutos
- Sistema CTAS: o Nivel I (resucitación): Inmediato o Nivel II (emergencia): 15 minutos o Nivel III (urgencia): 30 minutos o Nivel IV (menor urgencia): 60 minutos o Nivel V (no urgencia): 120 minutos

- Sistema MTS: o Nivel I (resucitación): Inmediato o Nivel II (emergencia): 10 minutos o Nivel III (urgencia): 60 minutos o Nivel IV (urgencia menor): 120 minutos o Nivel V (no urgencia): 240 minutos
- Sistemas SET y MAT: o Nivel I (resucitación): Inmediato o Nivel II (emergencia): Inmediata por enfermería- 15" médico o Nivel III (urgencia): 30 minutos o Nivel IV (urgencia menor): 45 minutos o Nivel V (no urgencia): 60 minutos

5 Discusión-Conclusión

El aumento de la asistencia de pacientes en los servicios de urgencias hospitalarias ha provocado una masificación en las estancias de urgencias perjudicando la estabilidad de los pacientes y la condición del ejercicio.¹

Esta masificación la causa una práctica inapropiada por parte de los pacientes. Como consecuencia de ello se ha insertado un modelo de triaje para solucionar este contratiempo.

El modelo de triaje nos da una solución a esta dificultad, ya que es una herramienta muy eficaz para la administración de los servicios sanitarios, organiza y da preferencia a los pacientes en función de la emergencia consiguiendo así una mejor atención de los profesionales y un aumento en el entusiasmo tanto de pacientes como de los profesionales.²

Hoy por hoy encontramos cinco sistemas de triaje con cinco niveles para dar prioridad, instaurado en las urgencias de los hospitales.

El personal que lleva a cabo estas funciones tiene que tener una preparación específica para no incurrir en equívocos en la catalogación que consigan poner en peligro la estabilidad de los pacientes.

6 Bibliografía

1 El triaje en los servicios de urgencias hospitalarios españoles y mundiales. [Internet] [Citado 10 agosto 2023]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/19099/TFG-O%20830.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

2 Revisión bibliográfica sobre sistemas de triaje hospitalarios. [Internet] [Citado 10 agosto 2023]. Disponible en: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/20881/Charl%c3%adnMen%c3%a9ndez_Julia_TFG_2018.pdf?sequence=2&isAllowed=y

3 Triage: puerta de entrada al nivel hospitalario. [Internet] [Citado 10 agosto 2023]. Disponible en: <http://acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/233/446>

Capítulo 401

EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNÓSTICO EN LA TÉCNICA ESTEREOTÁCTICA

MANUEL INOCENCIO MORALES

EULALIA JARABO GARCÍA

SARA LÓPEZ LÓPEZ

MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ

LAURA GARCIA NAVARRO

1 Introducción

Las técnicas estereotácticas son una colección de procedimientos y equipos utilizados en medicina para localizar y tratar con precisión regiones particulares del cerebro u otros órganos. Un sistema de coordenadas tridimensional, en el que se basan estos métodos, permite la ubicación precisa de la región de interés.

En la neurocirugía estereotáctica, se utiliza una estructura de referencia, como un marco estereotáctico o imágenes de rayos X, para dirigir la inserción de instrumentos quirúrgicos o la administración de tratamientos en regiones específicas del cerebro. específico. Estas técnicas se utilizan para la estimulación cerebral profunda, la ablación de tumores, las biopsias cerebrales y otros procedimientos neuroquirúrgicos.

En la radioterapia estereotáctica, se utiliza un sistema de orientación y posicionamiento preciso para administrar dosis de radiación altamente enfocadas a tumores o lesiones específicas, minimizando el daño a los tejidos cercanos. El tratamiento del cerebro, pulmón, hígado y otros tumores se beneficia enormemente de este método.

En la medicina guiada por imágenes, las técnicas estereotácticas se emplean para localizar con precisión las biopsias, realizar procedimientos mínimamente invasivos y administrar tratamientos como la terapia de ablación por radiofrecuencia. Se requiere el uso de imágenes radiológicas avanzadas, como la tomografía computarizada (TC), la resonancia magnética nuclear (RMN) o la angiografía por sustracción digital (DSA), para las técnicas estereotácticas.

El uso de técnicas estereotácticas tiene muchas ventajas, incluida una mejor precisión del tratamiento, menos daño a los tejidos cercanos, tiempos de tratamiento más cortos y una recuperación más rápida del paciente. Ahora es posible localizar y tratar con precisión regiones particulares del cerebro u otros órganos gracias a un conjunto de procedimientos y herramientas llamadas técnicas estereotácticas.

2 Objetivos

Describir de manera clara y sencilla las diversas funciones que realizan en su línea de trabajo.

3 Metodología

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

4 Resultados

El papel del técnico de rayos, también conocido como técnico en radiología intervencionista, es crucial en la ejecución de procedimientos estereotácticos. Para garantizar la precisión del procedimiento, la seguridad y el bienestar del paciente, es crucial que cumpla con sus funciones. Las principales responsabilidades del técnico de rayos X cuando utiliza técnicas estereotácticas incluyen las siguientes.

El técnico de rayos está a cargo de configurar y garantizar que los equipos de imágenes y navegación utilizados en los procedimientos estereotácticos funcionen correctamente. Esto implica calibrar el aparato, evaluar la calidad de la imagen, elegir los parámetros apropiados y confirmar la precisión del sistema de coordenadas.

-Colocación y posicionamiento del paciente: El técnico de rayos X debe colocar al paciente correctamente para el procedimiento estereotáctico. Asegurarse de que el paciente esté cómodo y en la posición adecuada implica hacer esto, que permite la visualización precisa del área de interés y el acceso a la misma. El técnico de rayos X también puede mantener al paciente inmóvil durante el procedimiento utilizando dispositivos de fijación o soporte.

-Adquisición de imágenes: un técnico de rayos X utiliza procedimientos estereotácticos para adquirir imágenes. está a cargo de recopilar imágenes claras que permitan una visualización precisa del área o estructura objetivo. Esto implica el uso de métodos de imágenes de vanguardia como la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética.

Para obtener imágenes precisas para dirigir el procedimiento, use una angiografía o una resonancia magnética.

Estos métodos se aplican al tratamiento de tumores, lesiones y otras afecciones médicas en neurocirugía, radioterapia y medicina guiada por imágenes, lo que da como resultado niveles más altos de precisión y mejores resultados para los pacientes.

La empatía del técnico radiólogo ayuda a construir un clima de confianza en el que el paciente se siente apoyado y cuidado durante todo el procedimiento.

5 Discusión-Conclusión

Un procedimiento estereotáctico requiere que el técnico de rayos tenga compasión por el paciente. Comprender y atender las necesidades emocionales del paciente al mismo tiempo que ofrece apoyo y seguridad durante todo el procedimiento son características de una actitud empática. Además de prestar mucha atención a las preocupaciones del paciente, el técnico de rayos X también debe demostrar empatía y comprensión. Además, es fundamental comunicarse de manera cortés y clara mientras se describe el proceso paso a paso, se abordan las dudas y preocupaciones del paciente y se asegura de que el paciente se sienta cómodo y confiado durante la técnica estereotáctica.

6 Bibliografía

1.www.google.com

2.www.revistamedica.com

Capítulo 402

EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNOSTICO EN LA REALIZACIÓN DE UNA GAMMAGRAFÍA DE TIROIDES

MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ

EULALIA JARABO GARCÍA

SARA LÓPEZ LÓPEZ

LAURA GARCIA NAVARRO

MANUEL INOCENCIO MORALES

1 Introducción

Para evaluar la estructura y función de la glándula tiroides, la gammagrafía tiroidea es un procedimiento de diagnóstico por imágenes que utiliza un radiofármaco y una cámara de medicina nuclear especializada.

Durante el procedimiento se administra al paciente un radiofármaco que contiene una pequeña cantidad de material radiactivo. La glándula tiroides absorbe específicamente el radiofármaco y libera radiación gamma en respuesta. Luego, la glándula tiroides se representa con precisión utilizando una cámara de medicina nuclear que registra las emisiones gamma.

La gammagrafía tiroidea se usa para evaluar una variedad de afecciones de la tiroides, incluido el hipertiroidismo, el hipotiroidismo, los nódulos tiroideos, la

tiroiditis y el control de los tratamientos contra el cáncer de tiroides. La distribución del radiofármaco se muestra en las imágenes de la gammagrafía tiroidea que puede ayudar a determinar su actividad y función es la glándula tiroides.

El tamaño, la forma y la ubicación de la glándula tiroides se pueden ver durante esta prueba, junto con cualquier región anormal como nódulos que pueden necesitar más investigación.

La gammagrafía tiroidea es un procedimiento seguro y no invasivo, es importante señalar. Para reducir la exposición a la radiación del paciente y de ellos mismos, los técnicos de medicina nuclear que se encargan de realizar el procedimiento se adhieren a estrictos protocolos de seguridad.

2 Objetivos

- Describir de forma clara y concisa el papel del técnico superior en imagen y diagnóstico en la gammagrafía tiroidea en un hospital.

3 Metodología

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

4 Resultados

El papel del técnico superior de imagen y diagnóstico, también conocido como tecnólogo nuclear o tecnólogo en medicina nuclear, es crucial en el procedimiento de exploración de la tiroides. Sus funciones son cruciales para garantizar la seguridad del paciente, administrar radiofármacos, operar la maquinaria de medicina nuclear y trabajar con el personal médico. Las responsabilidades principales de un técnico de escaneo de tiroides incluyen lo siguiente:

El técnico superior de imagen y diagnóstico debe preparar adecuadamente al paciente con gammagrafía tiroidea. Esto implica delinear el procedimiento, responder a las consultas e inquietudes del paciente y obtener el consentimiento informado. También se asegura de que el paciente esté debidamente preparado.

El técnico superior de imagen y diagnóstico es el encargado de administrar el radiofármaco al paciente. Esto implica que el radiofármaco se preparó correctamente y que la dosis se calculó y administró de acuerdo con las recomendaciones del médico nuclear. En el manejo y administración del radiofármaco, también asegura el cumplimiento de los protocolos de seguridad.

-Adquisición de imágenes: el técnico de rayos X adquiere las imágenes de escaneo de la tiroides utilizando un equipo de medicina nuclear. El paciente debe colocarse correctamente en la posición necesaria y deben establecerse las condiciones. equipo para obtener las mejores imágenes y garantizar la comodidad y tranquilidad del paciente durante todo el estudio.

Para asegurar un rendimiento óptimo y la calidad de las imágenes producidas, el técnico de rayos X realiza periódicamente controles de calidad de los equipos de medicina nuclear. Para lograr esto, se deben realizar pruebas de calibración, mantenimiento del equipo y cumplimiento de los estándares de calidad de imagen y seguridad del paciente.

-Colaboración con el equipo médico: durante todo el procedimiento, el tecnólogo de rayos X trabaja en estrecha colaboración con el médico o radiólogo de medicina nuclear y otros proveedores de atención médica. Puede usar sistemas de intercomunicación para hablar con el médico y seguir las instrucciones para garantizar una imagen precisa.

5 Discusión-Conclusión

Una gammagrafía tiroidea siempre debe ser realizada por un técnico de rayos que se comunique con el paciente de manera directa y compasiva. Esto implica delinearle claramente el proceso, responder a sus inquietudes y preocupaciones, y ofrecerle aliento a medida que avanza. Asegurándose de las necesidades del paciente, es fundamental establecer un ambiente tranquilo y cómodo, una sensación de comodidad y tranquilidad durante toda la exploración. El técnico en radiación también debe cumplir con las pautas de seguridad de la radiación para reducir su propia exposición y la del paciente a la radiación. Para generar confianza y brindarles a los pacientes una experiencia positiva con la exploración de la tiroides, es importante mantener una actitud profesional, respetuosa y cooperativa.

6 Bibliografía

1- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

2-<https://medlineplus.gov/spanish/>.

3-<https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 403

EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNOSTICO EN LA GAMMAGRAFÍA ÓSEA

MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ

LAURA GARCIA NAVARRO

EULALIA JARABO GARCÍA

MANUEL INOCENCIO MORALES

SARA LÓPEZ LÓPEZ

1 Introducción

Una gammagrafía ósea, también conocida como gammagrafía ósea, es un procedimiento de diagnóstico por imágenes que evalúa el metabolismo óseo e identifica anomalías en el hueso mediante el uso de una pequeña cantidad de material radiactivo.

El radiofármaco se inyecta en la vena del paciente durante el procedimiento típicamente en el brazo. Después de eso, se permite que el radiofármaco circule por todo el cuerpo y se concentre en los huesos. Después de un tiempo, se utiliza una cámara de gammagrafía especializada para tomar imágenes de la radiación que emite el radiofármaco en los huesos.

La gammagrafía ósea es particularmente útil para identificar y evaluar una serie de afecciones óseas, incluidas fracturas, infecciones óseas (osteomielitis), tumores óseos, artritis y metástasis óseas en pacientes con cáncer. Además, se

puede utilizar para medir la gravedad de la enfermedad ósea y evaluar la eficacia del tratamiento.

La distribución y actividad metabólica del radiofármaco en el hueso se puede ver en imágenes obtenidas de una gammagrafía ósea. Una mayor captación del radiofármaco puede estar presente en aquellas áreas de mayor actividad, lo que podría ser un signo de procesos patológicos como tumores o inflamación. Por el contrario, las regiones con menor actividad podrían indicar una ralentización del metabolismo óseo, como fracturas o regiones escleróticas.

2 Objetivos

- Describir todas las funciones del técnico superior de imagen y diagnóstico en la gammagrafía ósea de forma clara y sencilla.

3 Metodología

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

4 Resultados

Una gammagrafía ósea requiere la asistencia de un técnico de rayos X, también conocido como tecnólogo nuclear o tecnólogo en medicina nuclear. Sus funciones son cruciales para garantizar la seguridad del paciente, administrar radiofármacos, operar la maquinaria de medicina nuclear y trabajar con el personal médico.

Los deberes principales del técnico de rayos X durante las gammagrafías óseas incluyen lo siguiente:

-Preparación del paciente: El técnico de rayos X se encarga de preparar al paciente para la gammagrafía ósea. Esto implica delinear el procedimiento, responder a las consultas e inquietudes del paciente y obtener el consentimiento informado. La preparación del paciente es otra cosa que revisa, si es necesario, como ayuno previo.

-Administración de radiofármacos: El técnico de rayos x es el encargado de entregar al paciente su radiofármaco. Requiere una cuidadosa planificación. Administrar la dosis adecuada del radiofármaco de acuerdo con las instrucciones del médico nuclear. Además, asegura que el radiofármaco se manipule y administre de acuerdo con los protocolos de seguridad.

-Adquisición de imágenes: Para obtener imágenes de la gammagrafía ósea, el técnico de rayos X utiliza el aparato de medicina nuclear. Esto implica colocar al paciente en la posición adecuada, configurar los parámetros del equipo para capturar las mejores imágenes y asegurarse de que el paciente esté cómodo y quieto durante todo el estudio.

Para garantizar un rendimiento óptimo y la calidad de las imágenes producidas, el equipo de medicina nuclear se somete a controles de calidad periódicos por parte del técnico de rayos X. Esto implica realizar pruebas de calibración, mantener el equipo y cumplir con los estándares establecidos para la calidad de la imagen y la seguridad del paciente.

-Colaboración con el equipo médico: durante todo el procedimiento, el tecnólogo de rayos X trabaja en estrecha colaboración con el médico o radiólogo de medicina nuclear y otros proveedores de atención médica. Puede usar sistemas de intercomunicación para hablar con el médico y seguir las instrucciones para garantizar una imagen precisa.

5 Discusión-Conclusión

Para apoyar y tranquilizar al paciente, el técnico de rayos X debe mantener una actitud positiva mientras realiza la gammagrafía ósea. Durante el procedimiento se puede crear un ambiente de confianza teniendo una actitud amable, compasiva y empática. El técnico de rayos X debe hablar claramente al paciente, explicarle el procedimiento y resolver cualquier duda o inquietud que pueda tener. Para obtener imágenes de alta calidad, es importante mantener la compostura durante la gammagrafía ósea. Esto hará que el paciente se sienta cómodo y cooperativo. un comportamiento alegre y competente mejora la experiencia del paciente durante el procedimiento mediante la creación de un entorno que apoya su cuidado y bienestar.

6 Bibliografía

1-<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

2- <https://medlineplus.gov/spanish/>.

3-<https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 404

PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL ELECTRICISTA EN TRABAJOS DE BAJA TENSIÓN DENTRO DEL ENTORNO SANITARIO. SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

RAMÓN SERRANO LÓPEZ

JOAQUIN HERNÁNDEZ LÓPEZ

SERGIO GARCÍA ZAMORA

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

ALFONSO LÓPEZ BEAMUD

1 Introducción

Quando se requiera manipular un sistema de baja tensión, lo hará personal debidamente capacitado, siguiendo los procedimientos previamente estudiados.

Las principales medidas de seguridad que deben tener en cuenta los electricistas como personal de mantenimiento de un hospital son:

Las manos se protegerán con los guantes aislantes adecuados.

-Nos aseguraremos de tener un apoyo estable y trabajaremos sobre una estera aislante.

Para manejar dicho equipo, necesitará el siguiente equipo de protección personal.

- Guantes aislantes; si es necesario, también nos pondremos mangas aislantes.
- Una pantalla que proteja nuestros rostros de las proyecciones de arco eléctrico.
- Gafas con cristal de seguridad que protegerán la vista.
- Casco que se ajusta bien a la cabeza para evitar que se resbale mientras estamos trabajando.

Al tratarse de un elemento conductor, llevaremos ropa sin cremalleras y mono de trabajo adecuado para el manejo de estas instalaciones.

- Evite usar cualquier accesorio, incluyendo pulseras, cadenas y relojes.

Para completar estas tareas, las herramientas que empleamos deben estar debidamente aisladas.

Para evitar que la electricidad sea conducida de cualquier forma, siempre debemos aislar todo lo que podamos.

Los electricistas en todo momento seguirán las instrucciones de un responsable al realizar las maniobras en circuitos eléctricos de baja tensión.

2 Objetivos

Comprender y reconocer los estándares de salud y seguridad que los electricistas deben seguir y aplicar para trabajar con sistemas de baja tensión el electricista de un hospital.

3 Metodología

Para completar este trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica de toda la literatura científica. Además de consultar artículos de las principales bases de datos, se realizó una búsqueda exhaustiva de libros y artículos científicos con contenido pertinente al tema de estudio de la base de datos de Scielo.

4 Resultados

Trabajaremos bajo la dirección de un encargado o encargada cuando realicemos las maniobras en circuitos eléctricos de baja tensión.

Es obligatorio que el trabajo sea realizado siempre por empleados que hayan recibido la formación y las cualificaciones necesarias.

Verificaremos que el área de trabajo tenga suficiente luz y la mantendremos así mientras se realiza el proyecto.

Se confirmará que el equipo que usaremos 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 el 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 manga de cuero, la pinza diseñada para esta tarea y la pinza. 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 operarios presentes.

Las herramientas y el equipo que usamos para repararlo ahora deben ser reunidos. También se sustituirá el aislamiento operativo del edificio. Nos quitaremos el equipo de seguridad individual dejándolo debidamente guardado y almacenado para las operaciones posteriores en las que trabajemos, realizando maniobras de baja o alta tensión.

Cuando sea necesario manipular un sistema de bajo voltaje, el personal debidamente capacitado lo hará siguiendo los procedimientos aprendidos previamente. Por último, y como podemos ver, es esencial que los electricistas del personal de mantenimiento estén completamente informados sobre los riesgos asociados con su línea de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Podemos ver que es crucial que los electricistas sean plenamente conscientes de los riesgos laborales que pueden encontrar en el desempeño de sus funciones. Deben ser conscientes de las medidas preventivas adecuadas y adaptadas para protegerse mientras trabaja con sistemas eléctricos de alto y bajo voltaje.

Se requerirá que los trabajadores electricistas tengan a su disposición equipos de protección individual, como casco, guantes aislantes, pantallas protectoras y herramientas aislantes.

Los trabajadores como son los electricistas se asegurarán de que el equipo esté en óptimas condiciones antes de comenzar las maniobras para que puedan realizar todas sus tareas de manera segura.

6 Bibliografía

1.<https://riesgoslaborales.saludlaboral.org/portal-preventivo/riesgos-laborales/riesgos-relacionados-con-la-seguridad-en-el-trabajo/electricidad/>

Capítulo 405

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA EN LA ELABORACIÓN DE LA DIETA DE PROTECCIÓN ONCOLÓGICA

MARÍA GLORIA ZAMORA DURÁN

ANGELA ZOMEÑO CHUMILLAS

ENCARNACION MARTINEZ MARTINEZ

YOLANDA VELASCO ESPEJO

DAVID NAVARRO MASIP

1 Introducción

La dieta de protección oncológica es un enfoque nutricional especializado, diseñado para personas que están en tratamiento contra el cáncer. Esta dieta tiene como objetivo proporcionar una alimentación equilibrada y adecuada para ayudar a fortalecer el sistema inmunológico, optimizar la respuesta al tratamiento, minimizar los efectos secundarios y promover la salud en general.

Esta dieta se basa en una combinación de alimentos saludables, ricos en nutrientes y beneficiosos para el organismo. Se enfoca en la inclusión de frutas y verduras frescas, granos integrales, proteínas magras, grasas saludables y una

hidratación adecuada. Al mismo tiempo, se limita la ingesta de alimentos procesados, azúcares refinados, grasas saturadas y alimentos con alto contenido de sodio.

El concepto de la dieta de protección oncológica se sustenta en los beneficios de los nutrientes clave presentes en los alimentos seleccionados. Estos nutrientes incluyen antioxidantes, vitaminas, minerales, fibra y fitoquímicos, que tienen propiedades antiinflamatorias y pueden ayudar a combatir el estrés oxidativo y fortalecer el sistema inmunológico.

Es importante destacar que la dieta de protección oncológica se adapta a las necesidades y preferencias individuales de cada persona, considerando el tipo de cáncer, el estado nutricional, los efectos secundarios del tratamiento y otras condiciones médicas. Por ello, se prescribe y se ajusta bajo la supervisión de un equipo médico y un nutricionista especializado en oncología.

El seguimiento y control de esta dieta es fundamental para evaluar la respuesta del paciente y realizar los ajustes necesarios. Además, se brinda educación y orientación al paciente y a sus cuidadores sobre la selección y preparación adecuada de los alimentos, así como sobre la importancia de mantener una hidratación adecuada y cumplir con las indicaciones médicas y nutricionales.

En resumen, la dieta de protección oncológica es un enfoque nutricional especializado diseñado para personas en tratamiento contra el cáncer, que se basa en una combinación de alimentos saludables y equilibrados, ricos en nutrientes beneficiosos para el organismo, se adapta a las necesidades individuales y se prescribe bajo la supervisión de un equipo médico y un nutricionista especializado en oncología. Su objetivo es optimizar la respuesta al tratamiento, minimizar los efectos secundarios y promover la salud general durante el proceso de lucha contra el cáncer.

2 Objetivos

Mostrar e indicar las funciones del pinche de cocina hospitalaria en la elaboración de la dieta de protección oncológica para pacientes ingresados

3 Metodología

Para la elaboración de esta publicación se ha buscado en los principales buscadores indexados como PubMed y Scielo para después seleccionar los artículos de los que se ha extraído la información para realizar las publicaciones en la elaboración de las dietas hospitalarial.

4 Resultados

El pinche de cocina desempeña un papel crucial en la elaboración de la dieta de protección oncológica 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 de protección oncológica. 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 de protección oncológica y utilizar métodos de cocción saludables que preserven los nutrientes de los alimentos.

- Control de contenido de nutrientes:

El pinche de cocina debe prestar especial atención al contenido de nutrientes en los alimentos utilizados en la dieta de protección oncológica. Esto incluye controlar la cantidad de grasas, azúcares, sodio y otros componentes que puedan ser perjudiciales o contraproducentes para los pacientes con cáncer. Además, debe seguir las indicaciones proporcionadas por el nutricionista y colaborar en la reducción de la ingesta de alimentos procesados y altos en grasas saturadas.

- Adaptación a las necesidades individuales:

Cada paciente oncológico puede tener necesidades nutricionales y restricciones dietéticas específicas. El pinche de cocina debe adaptar la dieta de protección oncológica según las indicaciones del nutricionista, teniendo en cuenta las preferencias y tolerancias individuales de los pacientes. Esto puede incluir la modificación de las recetas, la preparación de platos especiales y la atención a las alergias o intolerancias alimentarias.

- Presentación de los platos:

El pinche de cocina desempeña un papel importante en la presentación visual de los platos de la dieta de protección oncológica. Es esencial que los alimentos sean atractivos y apetitosos, ya que esto puede influir en el apetito y la ingesta de los pacientes. Se debe prestar atención a la disposición de los alimentos en el plato, el uso de colores y texturas variadas, y la incorporación de elementos decorativos que hagan que la comida sea agradable a la vista.

- 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 de protección oncológica.

El pinche de cocina desempeña un papel fundamental en la elaboración de la dieta de protección oncológica hospitalaria. Sus funciones incluyen la preparación y selección de alimentos, el control de contenido de nutrientes, la adaptación a las necesidades individuales, la presentación de los platos y el control de calidad y seguridad alimentaria. Su contribución es esencial para garantizar que los pacientes oncológicos reciban una dieta equilibrada y nutricionalmente adecuada durante su tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Se destaca una recomendación clave en la elaboración de la dieta de protección oncológica, que es centrarse en la variedad y calidad de los alimentos, utilizando ingredientes frescos, de temporada y de alta calidad para asegurar un aporte óptimo de nutrientes.

Es importante limitar el uso de grasas saturadas, azúcares refinados y alimentos procesados e incorporar una amplia gama de frutas, verduras y granos integrales para maximizar la ingesta de vitaminas, minerales y antioxidantes. Así como, utilizar métodos de cocción saludables, como el horneado o el vapor, para conservar los nutrientes de los alimentos.

Es fundamental Mantener una comunicación constante con el equipo de nutrición para adaptar la dieta según las necesidades y preferencias de los pacientes y asegurarse de seguir las normas de higiene y seguridad alimentaria para garantizar la calidad y seguridad de los alimentos preparados.

6 Bibliografía

1. 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 406

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA CON ASPERGER Y LA NECESIDAD DE UN COMPAÑERO/APOYO EN SU LABOR

MARÍA GLORIA ZAMORA DURÁN

ANGELA ZOMEÑO CHUMILLAS

YOLANDA VELASCO ESPEJO

DAVID NAVARRO MASIP

ENCARNACION MARTINEZ MARTINEZ

1 Introducción

Afortunadamente, el número de personas con discapacidad intelectual en el ámbito laboral, va en aumento, aunque de una forma muy lenta.

Las bolsas de empleo de los hospitales públicos, cuentan con otra paralela, para personas con discapacidad física e intelectual para igualar las condiciones laborales.

En particular, en el pacto de la Bolsa de Empleo del SESCOAM, queda reflejado que “se reserva un cupo del 7% de los nombramientos que se oferten para personas con discapacidad de un grado igual o superior al 33%, siempre que reúnan los requisitos de la convocatoria, etc.”

La parte negativa es que para las gerencias, estos trabajadores no son más que un número, como el resto de empleados, y no tienen en cuenta el tipo de discapacidad que tienen y si es compatible o no, con el puesto de trabajo que se les oferta.

A la hora de realizar su actividad laboral, se pueden encontrar con barreras que no han sido tenidas en cuenta, haciendo sentirse a la persona infravalorada y anulando el proceso de integración del que tanto se presume.

Al no poder realizar su trabajo adecuadamente, puede llegar a perjudicar a otros compañeros y al servicio sanitario en el que trabaja e, incluso, ser un perjuicio para los pacientes/usuarios de un hospital.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretende mostrar que la integración laboral en el sector público, de las personas con discapacidad física o intelectual es un espejismo, ya que las gerencias no tiene en cuenta la compatibilidad de dicha capacidad, con el puesto de trabajo que se les oferta.

3 Metodología

Se ha buscado en artículos de revistas científicas y de información médica, se ha hecho una revisión bibliográfica y, con la propia experiencia como trabajadora en la cocina de un hospital con un compañero con Asperger, se ha llegado a la realización de esta comunicación.

4 Resultados

Una parte importante en un hospital es la cocina, ya que la buena y adecuada alimentación del paciente, es fundamental en su mejoría durante su estancia hospitalaria.

El trabajo en la cocina hospitalaria es una labor en equipo y la mayor parte de él, en cadena, con lo cual, cada uno de los empleados es importante.

Hay trabajadores con capacidades intelectuales distintas a las "neurotípicas", como por ejemplo, las personas con TEA o con Asperger.

Las personas con Asperger, tienen dificultades para trabajar en equipo y para comprender el mundo mental de los demás y no entienden de claves sociales que puedan ayudarles en su conducta.

Suelen mostrar dificultades atencionales que se pueden reflejar en el entorno laboral.

Se ha dado el caso, de una persona que debido a su condición Asperger, tardaba mucho más en realizar sus labores, ya que era extremadamente concienzudo y perfeccionista, centrándose en detalles sin importancia, retrasando todo el trabajo e impidiendo que las dietas llegaran a tiempo a los pacientes.

Del mismo modo, al interactuar con los TCAE, encargados del reparto de dietas a los pacientes, han surgido situaciones incómodas, incluso problemáticas desde el punto de vista de la comunicación.

Esa persona con Asperger, sí, cuenta con un puesto de trabajo remunerado, se le supone "integrado" laboralmente, pero a la hora de la verdad no es así.

Con lo cual, esas personas, necesitan un compañero que pueda apoyarles y guiarles en su trabajo continuamente, sin llegar a hacerles sentir infravalorados o que las gerencias hospitalarias, les ofrezcan un empleo adaptado a sus necesidades y en el que puedan sentirse completamente realizados.

Hay que recordar, que todo problema que surja, en cualquiera de los servicios de un hospital, repercute directa o indirectamente, en los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Todo el mundo tiene derecho a un trabajo digno, independientemente de sus capacidades físicas e intelectuales y así nos lo hace saber el artículo 35 de la Constitución Española.

Ya ha ocurrido algún conflicto, cuando por ejemplo, una persona con Asperger, decide hacer su trabajo de otra manera o en solitario, y el resto de compañeros se sienten sobrecargados para llegar a los objetivos que de ellos se esperan.

En algunos hospitales, ya se contrata a otra persona como acompañante/apoyo de un trabajador con Asperger en la cocina hospitalaria, para ayudarle en su labor pero, sobre todo, como guía para interactuar con el resto de compañeros.

6 Bibliografía

Confederación Asperger España. Síndrome de Asperger y otros TEA. "Síndrome de Asperger en la edad adulta". https://www.asperger.es/asperger_adultos.html
Atalanta Psicología. "Síndrome de Asperger en adultos". <https://www.atalantapsicologia.es/sindrome-asperger-adultos/>

Capítulo 407

EL PINCHE DE COCINA Y LA LIMPIEZA INTERNA DE LOS CARROS ISOTÉRMICOS UTILIZADOS EN LA COCINA HOSPITALARIA

MARÍA GLORIA ZAMORA DURÁN

ANGELA ZOMEÑO CHUMILLAS

ENCARNACION MARTINEZ MARTINEZ

YOLANDA VELASCO ESPEJO

DAVID NAVARRO MASIP

1 Introducción

La alimentación del paciente ingresado en un hospital, forma parte importante en su cuidado y recuperación.

Se tiene que tener recelo en la preparación de los productos, la elaboración, el emplatado pero también, durante el transporte de las dietas.

Los carros isotérmicos, cada vez son más utilizados en cocinas hospitalarias, para hacer llegar a la planta las comidas de los pacientes.

Por ejemplo, son los usados en la cocina hospitalaria del Hospital Universitario de Toledo, desde su inauguración.

Durante el traslado, al salir o entrar a ascensores, el carro isotérmico se puede encontrar con resaltos o badenes, que impliquen salpicaduras dentro de ellos.

La limpieza de dicho sistema de transporte es esencial, sin olvidarse de la parte interna de ellos, ya que es la que se encuentra en contacto directo con los alimentos.

Todo el trabajo de preparación, elaboración, cuidado de las temperaturas, el aislamiento de las dietas especiales, etc., puede verse estropeado por la falta de limpieza en el carro isotérmico que se utiliza para hacer llegar la dieta al enfermo. La persona encargada del equipo de la cocina, debe formar a todos y cada uno de los pinches para realizar una limpieza exhaustiva de estos carros y así, evitar problemas como la contaminación cruzada.

2 Objetivos

Con el siguiente capítulo se quiere hacer énfasis en la importancia de la limpieza del interior de los carros isotérmicos, labor que debe realizar el Pinche de cocina en un hospital.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha hecho una búsqueda en internet sobre los carros isotérmicos y se han revisado los datos extraídos. Se ha recurrido a la experiencia laboral, por una parte de los autores arriba indicados, trabajadores en el Hospital Universitario de Toledo, en la categoría de Pinche.

4 Resultados

Los carros isotérmicos que sirven como aislamiento, de control de temperatura de las dietas y de su transporte desde su elaboración y emplatado en cocina hospitalaria, hasta el paciente, deben ser limpiados diariamente por parte del Pinche de cocina y, periódicamente, se deben extraer las partes internas de los mismos y hacer una limpieza exhaustiva.

La parte interna de los carros es la que está en contacto directo con las dietas y, durante el transporte, se pueden ocasionarse salpicaduras.

El panel que separa la parte trasera de la delantera del carro, se extrae empujando de la misma hacia dentro y levantándola.

Las piezas metálicas que sirven para la separación de las bandejas, se sacan levantando ligeramente la pieza y tirando de ella.

Los listones separadores a cada lado de la parte interior del carro, que sirven para deslizar la bandeja, se extraen tirando hacia abajo y hacia fuera.

Entre los paneles laterales y los externos del carro, se aprecia una especie de pinza, que al presionar hacia abajo con los dedos, permite que el panel se separe y poder limpiar toda esa parte.

El Pinche, una vez retiradas todas las partes, limpiará cada una de ellas y el carro por dentro con los productos adecuados, para que no quede nada que pueda contaminar las dietas.

El trabajador está en la obligación de conocer todas y cada una de las partes de un carro isotérmico para realizar su trabajo de higienización y es el responsable inmediatamente superior a él, el que debe formarlo.

Todo el arduo trabajo que se realiza en una cocina, para que el paciente reciba su alimentación en perfecto estado, se puede ver en peligro si el carro en el que se transporta no está totalmente limpio.

5 Discusión-Conclusión

La limpieza de los carros isotérmicos es fundamental para evitar contaminaciones en las dietas.

En la parte interna del carro, entre las piezas, pueden quedar salpicaduras o restos de comida que a simple vista no llaman la atención, pero pueden llegar a convertirse en un verdadero peligro para el paciente.

Por ello, el pinche debe ser conocedor de la extracción, limpieza y colocación correcta de esas piezas, para garantizar que al paciente, le llegue su comida en perfecto estado tanto nutricional como libre de bacterias y de contaminación cruzada.

Esto debe realizarse periódicamente y siempre del mismo modo, no dejando ninguna pieza sin extraer o limpiar.

6 Bibliografía

Hospital Universitario de Getafe. "Un sistema de carros isotérmicos mejora la calidad de la comida de pacientes del Hospital de Getafe" <https://www.comunidad.madrid/hospital/getafe/noticia/sistema-carrosisotermicos-mejora-calidad-comida-pacientes-hospital-getafe>

Se añade a esta bibliografía, la experiencia laboral de algunos de los autores de este capítulo.

Capítulo 408

PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL ELECTRICISTA Y EL MANTENIMIENTO DE UN MOTOR ELÉCTRICO EN LA LAVANDERÍA DE UN HOSPITAL

RAFAEL JOSE DIAZ LOPEZ

JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ

ALFONSO MOLINES MARTINEZ

LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS

CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ

1 Introducción

Para que la máquina funcione según lo previsto y el operador o el trabajador completen sus tareas simultáneamente, se requieren motores eléctricos de todas las formas, tamaños y tipos en la producción del trabajo de lavandería hospitalaria. y función relacionada, pero también hay que tener en cuenta que todo motor conlleva un riesgo por la peligrosidad que supone.

Los ejemplos de motores eléctricos incluyen los siguientes.

1. Corriente continua.

- Derivación motora.
- Serie de motores.
- Tren motriz mixto.
- Motor que es síncrono.
- El motor de polo saliente.
- Motor que es automáticamente síncrono.
- Motor de inducción que está sincronizado.
- Motor asíncrono, número 3.
- Motor en cortocircuito o jaula de ardilla.
- Rotor bobinado o anillos colectores de motor.

Se debe evaluar el estado normal del cableado antes de conectar un motor eléctrico en configuración delta o estrella. Los motores eléctricos tienen una caja de terminales donde se puede hacer esto. El mal funcionamiento de un motor puede ser causado por una "parte eléctrica", una "parte mecánica" o incluso un problema con los rodamientos. Al sujetar el motor al chasis e instalar correas trapezoidales de sincronización o correas oscilantes, el electricista puede resolver el problema y hacer que el motor de la máquina funcione una vez más.

2 Objetivos

Comprender los diferentes tipos de motores eléctricos que se utilizan en una lavandería y el trabajo del electricista en el equipo de mantenimiento de un hospital.

3 Metodología

Para concluir este trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica de todo el cuerpo de literatura científica. Se realizó una búsqueda exhaustiva de libros y artículos académicos con contenido pertinente al tema de estudio de la base de datos Scielo además de consultar artículos de las bases de datos primarias.

4 Resultados

En las máquinas su "corazón" consiste en el motor generador. Se encarga de transformar la energía química del combustible en energía mecánica y encuentra en el alternador el aliado perfecto para transformarla en electricidad. Cuando

ambos componentes "cooperan" y funcionan al máximo de su potencial, el suministro eléctrico en hospitales, grandes eventos y otras infraestructuras críticas está garantizado.

Este último componente, que es esencial para el grupo electrógeno, lo honramos hoy al hablar de sus principales características y atributos porque un gran alternador siempre sigue a un gran motor. Como resultado, el rotor (inductor), un componente móvil del alternador, está alojado dentro del estator (inducido), un componente fijo y hueco hecho de cables. El rotor, que se asemeja a una carcasa cilíndrica, es la parte que se sujeta al motor. Esto hace que el alternador comience a girar, crea un campo electromagnético en los cables del estator y transfiere energía mecánica del motor al rotor del alternador. El voltaje creado como resultado de este proceso se puede utilizar para alimentar varios dispositivos eléctricos.

Si el electricista descubre que alguna de estas partes finales está rota, debe reemplazarlas todas.

Hay riesgos involucrados, como los de atrapamiento, de agarre, de riesgo eléctrico y de mantenimiento acústico, que no podemos ignorar. De acuerdo con las especificaciones del fabricante, se debe tener especial cuidado para asegurarse de que el motor reparado se reinicie y no arranque ni represente un riesgo para la seguridad de los trabajadores que usan la máquina una vez finalizada la reparación. las leyes, etc.

El electricista como personal de mantenimiento puede resolver el problema y hacer que el motor de la máquina funcione una vez más bien reparándolo o cambiando alguna pieza.

5 Discusión-Conclusión

Los motores eléctricos de las máquinas, sin los cuales no funcionarían, son su parte más importante. Debido a las altas temperaturas en la lavandería del hospital, el mantenimiento adecuado de estos componentes alargará la vida útil de la máquina. Cuando un motor falla, el electricista de mantenimiento es el primero en responder, deteniendo la máquina para que se solucione la parada o el problema. Si el problema tiene ese impacto, un mecánico puede ayudarlo si es necesario. Se debe evaluar el estado normal del cableado antes de conectar un motor eléctrico si no en este caso el motor eléctrico no estaría a punto.

6 Bibliografía

www.scielo.org

Capítulo 409

EL ELECTRICISTA COMO PERSONAL DE MANTENIMIENTO Y LA ADAPTACIÓN DE LA ILUMINACIÓN A LOS DISTINTOS PUESTOS DE TRABAJO DEL HOSPITAL

RAFAEL JOSE DIAZ LOPEZ

LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS

ALFONSO MOLINES MARTINEZ

JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ

CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ

1 Introducción

Dado el tiempo que pasamos en el trabajo, tener una buena iluminación no solo evita que nuestros ojos se cansen al final del día, sino que también fomenta el desarrollo de los empleados. La luz ambiental proporciona la mejor iluminación. En un entorno hospitalario, donde se debe usar iluminación artificial de respaldo, esta opción no siempre es práctica.

El electricista del departamento de mantenimiento del hospital debe conocer los diferentes productos y tecnologías de iluminación (LED, fluorescente, vapor de

sodio, etc.) al diseñar un nuevo espacio de trabajo o reemplazar la iluminación vieja o gastada con accesorios más contemporáneos, para proporcionar la mejor iluminación para la tarea en cuestión. Es crucial tener en cuenta el tamaño del espacio de trabajo y el diseño ideal para la uniformidad.

En este momento, una amplia gama de luminarias LED está disponible; estos van desde focos modestos que brindan una iluminación uniforme hasta paneles sustanciales. No elevan la temperatura ambiente de los espacios de trabajo porque no se calientan durante su uso.

El ángulo de apertura es otra consideración a la hora de elegir la luminaria o bombilla adecuada; cuanto menor sea la dispersión de la luz, menores serán los grados de apertura. Para algunas bombillas, el fabricante proporciona detalles.

2 Objetivos

Informar a las personas sobre la importancia de una buena iluminación. Las características de diseño de la luminaria, como su temperatura de color y puntos de luz distribuidos uniformemente, fueron realizadas por un electricista en un hospital.

3 Metodología

Para completar este trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica exhaustiva de toda la literatura científica. Además de consultar artículos de las bases de datos primarias, se realizó una búsqueda exhaustiva de libros y artículos académicos con contenido pertinente al tema de estudio de la base de datos Scielo.

4 Resultados

Al igual que el personal de mantenimiento de un hospital, el electricista debe conocer las diversas leyes y tipos de luminarias.

Como consecuencia de la prevención del deslumbramiento, la molesta sensación que produce la presencia de zonas luminosas en el campo de visión, la posición que habitualmente adopta el trabajador en relación con la luminaria puede provocar fatiga visual debido al brillo excesivo de la luz. Hay dos tipos de deslumbramiento: directo e indirecto. El deslumbramiento directo resulta de una luminaria en la línea de visión del trabajador. También se puede ayudar un poco usando pintura mate en las paredes y techos y evitando fuertes contrastes entre el

área de trabajo y el entorno. La mayoría de los fabricantes incorporan rejillas o pantallas para ocultar la fuente de luz para solucionar estos problemas.

Aparte de estos rangos, el ojo humano no puede percibir otros tipos de radiación. El espectro visible va desde los 380 nanómetros del violeta hasta los 780 nanómetros del rojo.

Según lo bien que reproducen el color, otro criterio clasifica las fuentes de luz artificial. Para rendir al máximo, su IRC debe estar entre 85 y 100; cuanto más bajos son estos parámetros, peor es el rendimiento. además, la temperatura de matiz.

Un objeto aparecerá más brillante en el rango de 2800-6500k para temperaturas con el mismo CRI. Desde 2700k en adelante, hay una amplia gama.

Los fabricantes están comenzando a designar algunas lámparas fluorescentes de 3000k, 4000k o 6000k como cálidas, neutras o frías en base a Kelvin, mientras que clasifican las lámparas incandescentes de hasta 6500k como cálidas, neutras o frías. conocimiento.

Nuestra iluminación debe tener una temperatura de color lo más cercana posible a 5200k porque la luz natural es mejor y el sol emite luz con una temperatura de color que es aproximadamente la del mediodía.

5 Discusión-Conclusión

Es crucial que cualquier iluminación artificial utilizada en un entorno sea lo más uniforme posible para evitar el deslumbramiento, aunque la iluminación artificial solo debe usarse cuando la iluminación natural es insuficiente o nula porque siempre se prefiere la iluminación natural. La temperatura de color ideal es la que más se asemeja a la de la luz natural.

Los diferentes tipos de luminarias, los requerimientos lumínicos para cada tipo de desempeño de las tareas diarias del trabajo a realizar, los grados de ángulo de apertura del flujo luminoso, el rendimiento, el calor que estos producen en funcionamiento, y el uso de diversas pantallas y persianas para difuminar el deslumbramiento son algunos de los factores a considerar al tomar una decisión.

6 Bibliografía

1. www.scielo.org
2. www.pubmed.es

Capítulo 410

PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL ELECTRICISTA Y LOS PRINCIPIOS BASICOS DE LA ELECTROTECNIA

RAFAEL JOSE DIAZ LOPEZ

LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS

ALFONSO MOLINES MARTINEZ

JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ

CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ

1 Introducción

Las cargas eléctricas son la fuente del fenómeno físico conocido como electricidad, que se manifiesta y produce energía en una variedad de fenómenos mecánicos, luminosos, térmicos, químicos y otros.

Los relámpagos son un ejemplo natural de esto; la mayoría de los rayos se producen dentro de las propias nubes, y estas descargas eléctricas son causadas por los desequilibrios entre las nubes y el área de la Tierra. Cuando hay una tormenta, las partículas de hielo, lluvia o nieve chocan dentro de las nubes, aumentando el desequilibrio entre las nubes y la tierra. Estos choques son los que hacen que las cargas eléctricas se separen, porque la carga positiva (protones) permanece en la parte superior de la nube y la carga negativa en la parte inferior. Debido a que los rayos producen tanta energía en un período de tiempo tan breve y debido a que es

imposible determinar si la carga es positiva o negativa, es muy difícil aprovechar esta energía. En cambio, esta carga debe convertirse de energía eléctrica a térmica o mecánica, ya sea calentando un gran sistema gaseoso aumentando su presión, y luego se intenta algún método más convencional de producción de energía, para el arreglo de todo esto se encuentra el electricista de un hospital.

2 Objetivos

Describir los componentes de la electricidad y sus generadores primarios para proporcionar a los electricistas del equipo de mantenimiento del hospital algunos conocimientos básicos.

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

El movimiento de los electrones que están presentes en la capa exterior de los átomos que están en la superficie de un material conductor da como resultado electricidad.

Junto con todos los dispositivos electrónicos, la electricidad sirve como base para el funcionamiento de muchas otras máquinas y dispositivos. También es crucial para la síntesis de una serie de compuestos químicos, incluidos el cloro y el aluminio.

Debido a su simple producción, distribución y amplia gama de usos, el descubrimiento de Michael Faraday de cómo crear corrientes eléctricas a través de la inducción en el año 1831 ayudó a hacer de la electricidad una de las formas de energía más importantes en el campo del desarrollo tecnológico. La unidad fundamental de la materia, el átomo, está formada por un núcleo y una corteza. El núcleo es donde se concentra la masa y contiene protones, neutrones, partículas sin carga y partículas con carga positiva. En cambio, en la corteza es donde se encuentran las partículas con una órbita de menor masa que los protones y carga eléctrica negativa. Las cargas de protones y electrones son iguales en magnitud pero difieren

en signo.

Los átomos se consideran eléctricamente neutros si tienen el mismo número de electrones que de protones y no tienen carga. Cuando un átomo pierde un electrón, la carga es positiva; por el contrario, cuando gana un electrón, la carga es negativa.

Cuando se aplicó ámbar a la piel, Tales de Mileto (antigua Grecia, aproximadamente entre 624 y 548 a.C.) descubrió que el ámbar tenía la capacidad de atraer fragmentos de plumas de paja. Esto es similar a la electricidad estática, donde el efecto de atracción es provocado por el exceso de carga eléctrica de un elemento o cuerpo.

5 Discusión-Conclusión

El movimiento de los electrones que están presentes en la capa exterior de los átomos que están en la superficie de un material conductor da como resultado electricidad, que es un tipo de energía. Las partículas llamadas electrones, que giran alrededor de los núcleos atómicos, constituyen todo en nuestro entorno, ya sea que podamos verlo o no.

La corriente eléctrica es el flujo de cargas eléctricas a través de un medio conductor y se crea al entrar en contacto con dos elementos que tienen diferentes cargas potenciales.

Los electricistas y mecánicos del equipo de mantenimiento que forman parte del grupo de gestión y servicios del hospital deben tener conocimientos básicos de electricidad para poder poner en práctica sus conocimientos.

6 Bibliografía

1. Implika. ¿Qué es la electricidad? [Internet]. Implika. 2023 [citado el 30 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.implika.es/blog/que-es-electricidad>.
2. Xunta.gal. [citado el 30 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.edu.xunta.gal/centros/cpantonioorzacouto/system/files/TEMA%20%20LA%20ELECTRICIDAD%20I.pdf>.

Capítulo 411

VESTIR Y DESVESTIR A UN PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. LA FUNCIÓN AUXILIAR DEL CELADOR AL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

JOSÉ DOMINGO LANZAS MARTÍNEZ

MARÍA DEL CARMEN RUBIO DIAZ

JOSE LUIS SANCHEZ JIMENEZ

CRISTINA ANTONAYA MORCILLO

SEBASTIÁN NÚÑEZ VALERO

1 Introducción

Cuando un paciente acude al servicio de urgencias, la primera acción del equipo sanitario y no sanitario es retirar la ropa que lleve el paciente para que el equipo médico pueda explorar al paciente con mayor facilidad.

En el servicio de urgencias es muy frecuente encontrarse con pacientes que no pueden colaborar en el momento de desvestirlo o vestirlo, siendo necesario en la mayoría de las ocasiones cortar la ropa del paciente para poder explorarlo en profundidad, y así poder observar posibles heridas, hematomas...

La función de desvestir a un paciente en un centro sanitario es del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, sin embargo, cuando un paciente mantiene una movilidad pasiva y no puede ser movido por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, necesitará la ayuda del celador para la movilización del paciente, por lo que la acción de vestir y desvestir a un paciente deberá ser realizado en todo momento por dos profesionales.

Antes de comenzar a retirar la ropa se debe comunicar al paciente la acción que se le va a realizar y el por qué de esta acción, de esta manera nos aseguramos de que el paciente muestre una actitud tranquila y pueda ayudarnos dentro de sus capacidades físicas.

2 Objetivos

- Detallar la técnica utilizada por el equipo sanitario y no sanitario durante la acción de vestir y desvestir a un paciente.
- Enumerar los pasos a seguir por el celador durante la acción de vestir y desvestir a un paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Como se ha mencionado anteriormente, durante la acción de vestir y desvestir a un paciente intervendrán el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, quien retira la ropa del paciente, y el personal subalterno, los cuales son los encargados de movilizar al paciente para facilitar la actividad del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

Técnica utilizada por el equipo sanitario para desvestir a un paciente que no colabora.

- Colocación de guantes desechables. En el caso de que se tengan que vestir o desvestir a varios pacientes al mismo tiempo, es recomendable el uso de varios

guantes e ir retirando un par cada vez que se cambie de paciente, de esta manera se facilitará la colocación o retirada de guantes, acción que cuesta mucho cuando la mano se encuentra sudada.

- Mantener la intimidad del paciente durante el procedimiento, para lo cual se utilizarán biombos y se cubrirá al paciente con una sábana.
- Retirar la ropa del paciente prenda a prenda. o Camiseta: sacar primero de la cabeza y posteriormente de un brazo y otro brazo. o Camisa: desabotonar los botones centrales y de los puños de la manga. Retirar en primera ocasión un brazo y después el otro brazo. o Zapatos o zapatillas: desabrochar y retirar. o Pantalón: pedir la colaboración del paciente para que apoye los talones y levante el culo para poder bajar el pantalón una vez desabrochado. Si el paciente no puede colaborar, el celador movilizará al paciente hacia un lado para que el técnico en cuidados auxiliares baje el pantalón por el lado libre, movilizar al paciente hacia el otro lado para bajar el pantalón por ese lado y poder retirarlo en su totalidad. o Falda: pedir la colaboración de la paciente para que apoye los talones y levante el culo para poder bajar la falda una vez desabrochada. Si la paciente no puede colaborar, el celador la movilizará hacia un lado para que el técnico en cuidados auxiliares baje la falda por el lado libre, movilizar a la paciente hacia el otro lado para bajar la falda por ese lado y poder retirarla en su totalidad.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “Vestir y desvestir a un paciente en el servicio de urgencias. La función auxiliar del celador al técnico en cuidados auxiliares de enfermería” nos demuestra la importancia de retirar la ropa a un paciente que acude al servicio de urgencias para facilitar la exploración de este y a su vez, poder realizar cualquier acción asistencial sobre el paciente con mayor facilidad de movimiento.

Es de vital importancia que durante esta acción se mantenga la intimidad del paciente en todo momento, puesto que es una situación muy difícil para los pacientes, ya que se encuentran desnudos en presencia de una gran multitud de profesionales y puede ser violento para ellos, por lo que se intentará cubrir el cuerpo del paciente con una sábana cuando no se realice ninguna acción.

6 Bibliografía

- Castilla-La Mancha, SESCAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.

- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021
- Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.
- VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición2021

Capítulo 412

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ADMISIÓN DE URGENCIAS DEL HOSPITAL

CARMEN MARÍA ZARCO TENDERO

M^a DEL PILAR CORTES MENDOZA

LAURA MONTERO MARTÍNEZ

1 Introducción

En todos los centros sanitarios, tanto de primaria como de especializada, existe un servicio de urgencias, que se encarga de atender a los pacientes que requieran de servicios médicos urgentes, cabiendo la posibilidad de un posterior ingreso en planta si fuera necesario por la gravedad del asunto, o incluso una derivación a otro centro sanitario.

Cuando un paciente acude al servicio de urgencias, independientemente de que sea un centro de atención primaria o de atención especializada, en el área de Admisión, la primera persona que les atiende es el auxiliar administrativo. Su labor principal es la recepción de pacientes y seguidamente registrarlos, para que así posteriormente, los facultativos sanitarios puedan acceder a su historia clínica y facilitar su trabajo. Asimismo, los auxiliares administrativos también realizan una labor de filtro, para así guiar y servir de apoyo a los sanitarios antes de comenzar el triaje.

Trabajar como auxiliar administrativo en el servicio de admisión de urgencias del hospital no solo conlleva la labor de recepción de pacientes; siempre previa solicitud del médico, también se ocupan de otras tareas, como pueden ser:

- Ingreso de pacientes de urgencias a planta.
- Ingreso de pacientes con operaciones programadas.
- Traslado de pacientes de unas plantas a otras, salidas o entradas de UCI.
- Petición de ambulancias, bajo prescripción médica.
- Dar altas de los pacientes ingresados en planta.

2 Objetivos

- Dar a conocer la función principal de un auxiliar administrativo en el área de admisión de urgencias.
- Definir la gestión de las demás actividades desarrolladas por el auxiliar administrativo en este servicio.

3 Metodología

Para la elaboración de éste capítulo, se ha recabado información de publicaciones en libros científicos de auxiliar administrativo y en bases de datos vía internet, además de contrastar esta información con efectivos que han trabajado en el servicio de admisión de urgencias hospitalarias.

4 Resultados

Como ya se ha mencionado, la principal función del auxiliar administrativo en el servicio de admisión de urgencias es la recepción de pacientes, ya que será la primera persona con la que mantendrá contacto nada más acudir a éste servicio.

El auxiliar administrativo tiene la obligación de pedir la tarjeta sanitaria del paciente para completar el registro debidamente (si no dispone de ella, más adelante el propio servicio de salud se encargará de realizar la gestión administrativa correspondiente para ello, llamado “cargo a terceros”) , al igual que comprobar el teléfono, dirección y demás datos personales; en el caso de que el paciente haya acudido a través de un transporte sanitario, será el personal de dicho transporte quién entregue esa documentación, además de un informe realizado por los sanitarios, que servirá de base de información médica del estado del paciente para los facultativos de urgencias.

Al registrar al paciente, debemos indicar:

- Si el paciente ha acudido en transporte sanitario o por propia iniciativa.
 - Si lleva informe de urgencias de atención primaria o en su defecto, del soporte vital básico o UVI móvil.
 - El tipo de patología por la que acude a urgencias: enfermedad común, accidente de tráfico o casual, intoxicación...
 - En algunos centros también se indica el tipo de triaje que le corresponde según la patología que presenten: traumatología, pediatría, cirugía... Dicho filtro se realiza también por el auxiliar administrativo.
- Posteriormente, se le indicará donde tiene que esperar, y se le dará la documentación necesaria para pasar a la consulta.

Se ha aludido al comenzar este capítulo, que la función principal del auxiliar administrativo en urgencias es la recepción y registro de pacientes, pero no es la única.

Otra labor muy importante es el ingreso de pacientes, tanto procedentes de urgencias como pacientes que tienen una operación programada (esto no ocurre en todos los hospitales). Esta función será ejecutada siempre y cuando el facultativo previamente lo haya solicitado, ya que el trabajo del auxiliar administrativo se rige por las pautas que haya indicado el especialista.

Cuando el auxiliar administrativo hace un ingreso, es importante que el facultativo nos indique la especialidad a la que va dirigido dicho paciente y el diagnóstico principal, para así facilitar el trabajo a la hora de hacer el ingreso. Es conveniente unificar la ubicación de los pacientes en la misma planta que padezcan patologías similares, o al menos que pertenezcan a la misma especialidad (aunque no siempre es viable por falta de espacio).

En algunos hospitales, existe la admisión programada, es decir, el paciente debe ingresar para realizar una prueba específica de forma programada; en este caso, ya tienen habitación asignada por el especialista.

Al igual que el auxiliar administrativo realiza ingresos desde urgencias, por prescripción médica, también efectúa traslado de pacientes de una planta a otra, salidas o entradas de UCI, y traslados de quirófano a planta. Asimismo, en algunos hospitales, el auxiliar administrativo de admisión de urgencias realiza el alta de los pacientes de planta, para así posteriormente efectuar los ingresos de pacientes que lo necesitan.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir con este capítulo, cabe destacar la importancia de la labor que hace el auxiliar administrativo al ser el primer filtro por el que pasa el paciente al acudir a urgencias. Para realizar esta función, hay que tener unas nociones básicas sanitarias para así no cometer errores a la hora de indicar al paciente e informar correctamente al facultativo sanitario sobre la patología por la que este paciente acude a urgencias; es más, en algunos servicios de salud se debe realizar un curso específico para acceder y poder trabajar en este servicio.

Por otro lado, se debe recalcar lo poco valorados que están los auxiliares administrativos en este servicio, porque tienen que compaginar un servicio donde deben elaborar tareas muy diversas y no siempre están correspondidas a los auxiliares administrativos. Resaltar también que deben mostrar una actitud de empatía con los pacientes y mostrarles calma en los momentos de tensión, ya que en este servicio suceden muy a menudo.

6 Bibliografía

1. Auxiliar administrativo en urgencias hospitalarias [Internet] [17 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/objetivos-principales-auxiliar-administrativo-urgencias-hospitalarias/>.
2. Que hace un auxiliar administrativo en la unidad de urgencias [Internet] [17 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-laborales-administrativo-urgencias/>.
3. La importancia del auxiliar administrativo en el servicio de urgencias [Internet] [31 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-importancia-del-auxiliar-administrativo-en-el-servicio-de-urgencia/>.
4. Información documentada por efectivos del servicio de Admisión de Urgencias.
5. Búsqueda en google. Disponible en: <https://www.google.com/search?q=auxiliar+administrativo+en+urgencias>.

Capítulo 413

EL ÁREA DE PLANCHADO DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LAS MÁQUINAS QUE SON UTILIZADAS HABITUALMENTE

MARIA LLANOS SANCHEZ LOZANO

SANDRA MARTINEZ SANCHEZ

MARÍA NIEVES GARCÍA ALBUJER

MARÍA JOSÉ LARREY TENDERO

MARIA JOSE CRESPO ZAFRA

1 Introducción

Hablaremos sobre como va el área de planchado de los centros hospitalarios y las máquinas que son mas utilizadas en estos ámbitos por parte del equipo de trabajadores de plancha y lavandería. Hay varios tipos de máquinas en la zona de planchado según el tipo de ropa u otras características, en la zona hospitalaria, tiene que ser entre potente y delicada , ya que el proceso de lavado es continuo y la ropa suele volverse mas delicada.

La estación de planchado, el tren de planchado, la calandra, la plancha y la plancha manual son las máquinas más populares. El personal debe saber cómo trabajar con cada máquina y asegurará que la ropa se mantenga en perfecto estado de

funcionamiento sobre la base de la ropa y dependiendo de la forma, se utilizará una maquinaria particular según el tipo de prenda.

Las ropas mal planchadas pueden contener bacterias, gérmenes u otros contaminantes como virus.

El personal debería comprender exactamente cómo funciona cada tipo de prenda y qué factores intervienen.

Por lo general, la ropa lisa debe plancharse con la calandra y los demás tipos de ropa se planchan a mano o se examinan en busca de puños, cuellos, solapas, etc. Se plancha dentro de la tabla de planchar.

2 Objetivos

Conocer los distintos tipos de máquinas para el planchado que se utilizan según el tipo de ropa en el planchado de un hospital.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las máquinas más habituales en la zona de planchado son las siguientes:

1-Tren de planchado: Es la acción continuada que consta de una sola máquina capaz de realizar el planchado de prendas de diferentes formas y diferentes tamaños.

Hay un proceso continuo de las distintas prendas. Para que este proceso no se interrumpa se utilizan diferentes máquinas según la forma y tamaño de las prendas.

El tren de planchado incorpora unos sistemas de doblado y plegado.

2-Calandra: Es una planchadora de tipo industrial que permite planchar utilizando una superficie de planchado grande y una presión constante para alisar la ropa. Funciona con unos rodillos de metal, generalmente calentados eléctricamente para lograr un planchado, se utiliza un vapor o gas que gire en sentido

contrario al acabado de una prenda. Existen 3 sistemas de calandra: la calandra con cilindro central y rodillos periféricos, la calandra de cilindro central y lona conductora y por último la calandra de cubeta.

3-Plancha de prensa: Esta máquina es de fácil manejo. Según el tipo de prenda (pantalón, camisas, etc.) existen varios modelos y constan de dos partes: superior e inferior. La superior es abatible y es donde está la plancha de acero perforada que permite que salga el vapor. La base es metálica y presenta distintas capas de tejido. Se utiliza para aquellas piezas, como uniformes, que no pueden ser colocadas en la calandra, o que tengan detalles de costuras o pliegues. Una vez prensadas se deben guardar inmediatamente para que no se arruguen en portacabinas.

4-Plancha manual: Son planchas muy iguales a las que se usan en casa. Se utiliza para prendas de vestir o para el repaso de puños, de cuellos, solapas, etc.

5-Central de planchado: Se utiliza en tejidos que son delicados y muy sensibles al calor, por ejemplo, cortinas. Dispone de un caldero de vapor portátil al que se acopla un difusor plano que permite dirigir el vapor sobre la zona que se desee. El vapor debe aplicarse de arriba hacia abajo, sin hacer pausas que produzcan cortes en el planchado.

El tren de planchado se utiliza para planchar una variedad de prendas.

5 Discusión-Conclusión

Los empleados que trabajan en el área de planchado deben estar muy bien informados.

El tren de planchado, la calandra y otra maquinaria como plancha, plancha manual, tabla de planchar y el tipo de ropa es utilizado en cada tipo de máquina.

Debido a que el lavado y la descontaminación pueden tener un efecto positivo, la ropa limpia debe manipularse con cuidado, ya que si no se toman medidas se puede provocar la recontaminación.

Para asegurarse de que la ropa esté en perfecto estado de funcionamiento, debe estar familiarizado con todas las máquinas. Además de evitar que la ropa se contamine potencialmente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 414

CONEXIÓN ENTRE HOSPITAL, LAVANDERÍA Y PLANCHA. CLASIFICACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA ROPA

MARIA LLANOS SANCHEZ LOZANO

SANDRA MARTINEZ SANCHEZ

MARÍA NIEVES GARCÍA ALBUJER

MARÍA JOSÉ LARREY TENDERO

MARIA JOSE CRESPO ZAFRA

1 Introducción

La ropa hospitalaria debe tener estas funciones:

- 1-Mantendrá la temperatura, aislando al paciente del frío.
- 2-Deberán proporcionar cierta intimidad y protección.
- 3-La ropa debe ser un elemento de confort, debe ser cómoda para poder moverse con libertad.

La ropa se clasifica en dos tipos:

- 1-Ropa de línea: es ropa lisa en una pieza, por ejemplo las sabanas.
- 2-Ropa de forma: dos o más prendas, por ejemplo los pijamas. En este último hay dos tipos de ropa, la de los pacientes y la del personal.

El servicio de lavandería y plancha de un hospital es el que se encarga de gestionar la provisión de las prendas textiles de los distintos servicios.

Ambos servicios deben de otorgar un gran confort y la seguridad tanto a usuarios como trabajadores, incluyendo control de riesgos y calidad.

Este servicio recoge y distribuye ropa a todo el hospital, el cual debe facilitar los espacios para que se desarrolle el trabajo. Este servicio se distribuye en tres zonas:

1-Zona contaminada: esta es un recinto con acceso directo a un patio y estacionamiento de servicio, debe de tener iluminación y ventilación natural.

2-Zona limpia: se inicia la barrera sanitaria, comienza donde se retira la ropa de las lavadoras, pasa por la plancha y termina donde se clasifica para la entrega.

3-Distribución: las prendas son llevadas en carros hacia el hospital para ser distribuida.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo son conocer y saber qué tipo de conexión que tienen los hospitales y centros de salud con lavanderías hospitalarias y conocer la confección de la ropa, su clasificación y sus características.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 importante la comunicación en todos los ámbitos sanitarios y en este, tampoco podría faltar, dado que una correcta conexión, hace mucho mas fácil, la rapidez a la hora de poder efectuar cambios de cama, uniforme , ropa del paciente, toallas, etc. Podríamos decir, es el principal anexo de unión entre un hospital y la zona de lavandería y plancha. Hay dos tipos:

- Vestimenta del paciente: es la que viste el paciente mientras está en el hospital. (bodys, pijamas, camisones, etc.).

- La vestimenta del personal se compone de su vestimenta de trabajo, que incluye pijamas y otras prendas de salón como camisas, pantalones, delantales, batas, etc.).

La zona de planchado tiene un propósito protector al proteger al paciente y al personal de cualquier daño y productos que han sido contaminados.

Toda la ropa usada se coloca en jaulas y desde allí se transporta a la lavandería, se coloca en cinturones, se pesa para que se pueda lavar y luego se envía a la secadora.

A partir de ahí, se dobla, empaqueta y se vuelve a colocar en automóviles junto con calendarios y placas, o jaulas antes de llevarlos de vuelta al hospital.

La ropa de los pacientes se distribuye por las plantas del hospital en carros.

El uso y desgaste normal hace que la ropa se deteriore y se vuelva inadecuada, por ello debe desecharse y reemplazarse por otro cuando llegue a esta etapa.

El cálculo de la dotación que deben realizar los hospitales es uno que toman en consideración con una serie de variables, incluido el tipo de atención ofrecida, la capacidad y la ocupación, cada prenda de vestir se cambia, tanto a diario como con la frecuencia necesaria por un evento imprevisto.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de lavandería y plancha aprovisiona al hospital de todo tipo de ropa. La ropa hospitalaria debe reunir tres características que son básicas:

- 1) Estará higiénicamente óptima: la ropa con el uso se ensucia principalmente de microorganismos o patógenos.
- 2) Resultará cómoda: no debe dificultar cualquier movimiento y será fácil de quitar y poner tanto al personal como al paciente.
- 3) Los tejidos serán suaves al tacto y resistentes a cada lavado: debe ser suave para no provocar lesiones en la piel.

Su principal objetivo del proceso de producción es mantener la ropa en unas condiciones higiénicas, es decir sin contaminación biológica.

6 Bibliografía

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

Capítulo 415

LA FORMA DE ACTUAR DEL SERVICIO DE PLANCHA DE UN HOSPITAL ANTE UN INCENDIO EN LAS INSTALACIONES

MARIA LLANOS SANCHEZ LOZANO

SANDRA MARTINEZ SANCHEZ

MARÍA NIEVES GARCÍA ALBUJER

MARÍA JOSÉ LARREY TENDERO

MARIA JOSE CRESPO ZAFRA

1 Introducción

Hablaremos sobre como debe actuar el servicio de planta en la unidad de lavandería el personal ante un incendio en las instalaciones y los pasos a seguir en ello. El término "fuego" se refiere a un incendio significativo y violento de quemar algo que no estaba destinado a quemarse.

La prevención de incendios incluye una serie de pasos para poder restringir su propagación y contenerla.

Se considera extremadamente riesgoso en el servicio de lavandería y planchado, ya que dada la cantidad de ropa presente en las instalaciones y su tamaño, es probable que se produzca un incendio.

Por lo tanto, lo más importante que se debe hacer cuando se inicia un incendio es mantener la calma, activar el plan de emergencia y avisar a los compañeros de trabajo y superiores.

La prevención de riesgos laborales se rige por la Ley 31/1995, de 8 de noviembre. El empleador debe evaluar una posible situación de emergencia antes de adoptarla y conocer los primeros auxilios, extinción de incendios y otras precauciones necesarias.

Se asignará un delegado para su realización de estas medidas, este personal deberá poseer los materiales necesarios para estas circunstancias.

Crear un plan es necesario para garantizar que los servicios de prevención de incendios sean adecuados.

2 Objetivos

Dar a conocer e indicar el protocolo de actuación del servicio de plancha de un hospital ante un incendio en las 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

4 Resultados

Hay ocasiones que por cualquier causa el incendio no se puede prevenir, ya sea por accidente o por fallo de alguna máquina como es el caso de una secadora o una calandra, que puede sobrecalentarse y arder. Si se observa un incendio, hay que mantener la calma y seguir las instrucciones del plan de emergencia.

Medidas para evacuación:

- Dejar el trabajo que se esté realizando y salir rápidamente y sin retroceder.
- Colaborar en el traslado de usuarios a otras áreas más seguras.
- Dirigirse al punto de reunión exterior o al espacio interior más próximo.

- Esperar allí hasta que nos comunique el superior que puede reiniciarse la actividad de nuevo.
- No usar ni ascensores ni montacargas.
- Si hay que atravesar un ambiente con humo, hay que hacerlo lo más próximo al suelo con un paño húmedo en las vías respiratorias.

Medidas en caso de quedar atrapado:

856

- Tapar con trapos las rejillas por donde pueda penetrar humo y llamar hasta ser rescatado.

Sin duda, la prevención es el paso más importante para prevenir un incendio, ya que la mayoría de los incendios se inician intencional o accidentalmente.

De acuerdo con la ley 28/2005, de 26 de diciembre, no debes fumar en el lugar de trabajo, como resultado de ello, se prohibió fumar en los lugares de trabajo públicos y privados. Para prevenir hay que seguir estas pautas:

- Tener cuidado de no sobrecargar el sistema eléctrico porque podría haber una parada abrupta.
- Evitar colocar cartón, papel o ropa cerca de calefactores o radiadores, máquinas de cualquier tipo, incluidas computadoras portátiles, secadoras y lavadoras.
- Mantener los obstáculos fuera de las salidas de emergencia y rutas de evacuación.

Los empleadores deben hablar con los miembros de su personal.

5 Discusión-Conclusión

Dado que en el servicio de plancha de un hospital fácilmente se puede desarrollar un incendio, la dirección del centro deberá mantener un registro de incendios que definan las características y dotarla de unos sistemas de alarmas que permita informar rápidamente a los trabajadores de la existencia de un incendio, para ejecutar seguidamente el plan de emergencias contra incendios. Este plan de emergencia contra incendios debe estar completamente actualizado para garantizar la seguridad de las personas y del propio centro de lavandería y planchado.

La finalidad del plan de emergencias ante incendios es que se garantice la evacuación de forma coordinada de pacientes, ciudadanos y trabajadores y evitar pérdidas, daños a personas.

6 Bibliografía

1. Ley 31/1995 de 8 de Noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.

Capítulo 416

LAS LABORES QUE DEBEN DE REALIZAR LOS CELADORES EN EL SERVICIO DE CONSULTAS EXTERNAS

CARMEN MARÍA ABEJARO MONTES

DIEGO ARMANDO LAGUNO MARTÍN

RAQUEL GARRIDO RODRÍGUEZ

YOANA DÍAZ ROMERO

ALICIA GARRIDO RODRÍGUEZ

1 Introducción

En este capítulo, exploraremos el rol fundamental de los celadores dentro del servicio de consultas externas.

Los celadores en este entorno desempeñan un papel crucial en el funcionamiento eficiente y seguro de las actividades diarias.

En primer lugar, discutiremos las responsabilidades principales de los celadores en las consultas externas, tales como la recepción y orientación de los pacientes, el acompañamiento de los pacientes a las diferentes áreas y la garantía de un ambiente limpio y ordenado.

También abordaremos la importancia de la puntualidad y la organización en estas funciones.

Además, analizaremos como los celadores deben interactuar con el personal médico y de enfermería en las consultas externas.

Esto implica una comunicación efectiva y respetuosa así como la capacidad de trabajar en equipo para garantizar la calidad y eficiencia en la atención al paciente.

Asimismo, se abordarán temas importantes relacionados con la seguridad de los pacientes, como el manejo adecuado de equipos médicos, la prevención de caídas y la respuesta ante situaciones de emergencias.

Los celadores deben estar preparados para actuar de manera rápida y eficaz en caso de cualquier eventualidad.

Finalmente, se discutirán aspectos éticos y legales relevantes para los celadores en las consultas externas.

Esto incluirá la confidencialidad de la información del paciente, el respeto por la diversidad cultural y las normativas específicas que rigen esta área.

En resumen, este capítulo proporcionará una visión completa y detallada del papel clave que desempeñan los celadores en el servicio de consultas externas.

Su labor es esencial para garantizar un entorno seguro, eficiente y cálido para todos los pacientes que acuden a las consultas

2 Objetivos

El principal y el mayor objetivo de la creación de este capítulo es lograr describir de la mejor forma las diversas funciones que el celador debe de realizar en la zona de consultas externas.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo hemos obtenido la información de las páginas webs: Scielo, Medline, Boe.

Además hemos conseguido contrastar la información con el centro hospitalario: Hospital Universitario de Guadalajara.

Las palabras más utilizadas han sido: Celador, Funciones, Pacientes.

4 Resultados

Las labores del celador en consultas externas son una labor de auxilio a los distintos profesionales sanitarios como por ejemplo a los médicos, enfermeros y

auxiliares de enfermería principalmente.

En primer lugar se harán cargo del control, de abrir y cerrar las instalaciones sanitarias, esta función es una labor bastante generalizada, en casi todos los centros sanitarios.

Los celadores tienen más tareas y además más específicas dentro de las instalaciones sanitarias.

Vamos a mostrar cuál son esas funciones tan específicas que deben efectuar de forma diaria en los centros hospitalarios.

Se ocuparán de transportar la documentación de los pacientes, es decir, el historial clínico, además de transportar los instrumentos que el médico le pida para que este pueda dar comienzo a su consulta.

Deberán contribuir junto con los pacientes para ayudarlos a trasladarse a través de las consultas, si estos tienen algún impedimento para vestirse o desvestirse, para subirse o bajarse de la camilla de exploración...

Es deber también de los celadores el organizar las historias clínicas que el doctor vaya a necesitar, este les indicará en todo momento el orden que tiene que llevar las historias clínicas.

Antes de dar comienzo o incluso una vez de terminadas las consultas, los celadores tienen que inspeccionar los diferentes materiales y el distinto mobiliario que suele utilizar el médico y los enfermeros cuando pasan las consultas médicas.

Coordinar y gestionar la entrada y salida de pacientes, asegurando un flujo eficiente y ordenado.

Los celadores tienen que efectuar la recogida de los materiales que haya en el servicio de esterilización además de recoger el material ya esterilizado de varios días atrás.

Orientarán a los pacientes hacia las salas de espera que les corresponda de cada una de las consultas en caso de que se hayan perdido.

Cooperarán con los nombramientos de los pacientes, para que a estos no se les pase la hora de su consulta.

5 Discusión-Conclusión

Parece ser que gracias a las funciones que los celadores deben de realizar diariamente, la zona de las consultas externas forma parte de una de las zonas más organizadas, ya que siempre prestan ayuda y atención a los pacientes que acuden allí a diario.

Una vez expuestas las diferentes funciones que los celadores realizan en los servicios de consultas externas, podemos atrevernos a decir, que son una pieza fundamental en el correcto funcionamiento de estas consultas externas, ya que somos capaces de admitir que brindan mucho apoyo a los enfermos y acompañantes además de recalcar que la forma que tiene de trabajar tan organizada hacen que las labores de los profesionales sanitarios vayan de manera fluida, organizada y de manera veloz.

6 Bibliografía

Euroinnova Business School. (2022, diciembre 19). Euroinnova realiza una donación de material informático a la Universidad de Granada. Euroinnova Business School. <https://www.euroinnova.edu.es/>
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 417

LAS FUNCIONES QUE DEBEN DE EJECUTAR LOS CELADORES EN EL SERVICIO DE RAYOS X

CARMEN MARÍA ABEJARO MONTES

DIEGO ARMANDO LAGUNO MARTÍN

RAQUEL GARRIDO RODRÍGUEZ

YOANA DÍAZ ROMERO

ALICIA GARRIDO RODRÍGUEZ

1 Introducción

En el año 1895, pero más concretamente el 8 de noviembre de 1895, nace el primer servicio de rayos x, surgió a gracias a la realización de unos experimentos con unos tubos de vacío y un generador eléctrico.

El 23 de enero de 1896, el doctor Roentgen realizó por primera vez una radiografía, esta radiografía fue enseñada ante toda la sociedad médica y física de Wurzburg. El papel del celador en el ámbito de los Rayos X es de vital importancia para garantizar la seguridad y bienestar de los pacientes y el correcto funcionamiento de los equipos radiológicos.

En este capítulo, exploraremos las diversas funciones y responsabilidades que recaen sobre el celador en el área de los Rayos X, abordando desde aspectos administrativos y técnicos hasta el manejo de emergencias y la atención al paciente.

A lo largo de esta sección, descubriremos cómo el celador desempeña un papel fundamental en el correcto desarrollo de los procedimientos radiológicos, cooperando estrechamente con el personal técnico y con el personal médico para lograr garantizar la máxima calidad en la obtención de imágenes y el cuidado del paciente.

Por este servicio, pasa todo tipo de enfermos, alguno tiene unas patologías más graves de lo normal, por lo tanto los celadores que trabajen en este lugar deben de tener paciencia, comprensión y empatía pero sobre todo, deben de ser positivos ante el paciente.

2 Objetivos

La idea principal de este capítulo era mostrar el trabajo tan laborioso que llevan los celadores encima a lo largo de su jornada laboral.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, hemos contado con la información de las siguientes páginas webs: Scielo y Medline. y gracias a la participación de los siguientes centros: Hospital Universitario de Toledo, Hospital Virgen de la Luz de Cuenca y gracias al Hospital del Valle en Toledo, hemos podido contrastar la información obtenida.

Las palabras mas utilizadas son: Celador, Funciones, Servicio.

4 Resultados

El celador en el servicio de rayos X desempeña varias funciones muy importantes, vamos a descubrir cuáles son las mas importantes:

Asegurar la seguridad: El celador es el responsable de garantizar un entorno seguro para los pacientes y del personal en el área de rayos x. Esto incluye supervisar el cumplimiento de las normas de seguridad, como el uso adecuado del delantal de plomo y otros equipos de protección radiológica.

Apoyo al paciente: El celador brinda apoyo a los pacientes durante su estancia en el servicio de rayos x. Esto puede incluir asistencia para moverse y posicionarse correctamente en la sala de rayos x, explicar el procedimiento y proporcionar tranquilidad y apoyo emocional.

Transporte de pacientes: El celador puede ayudar en el transporte de los pacientes desde y hacia el área de rayos x, especialmente si están enfermos, lesionados o tiene dificultad para moverse.

Mantenimiento del equipo: El celador puede ser responsable de mantener y limpiar el equipo de rayos x, asegurando que esté en buenas condiciones de funcionamiento y siga los protocolos de desinfección necesarios además de utilizar los que marque el fabricante de la maquinaria.

Comunicación: El celador actúa como enlace de comunicación entre el personal clínico y el paciente en el área de rayos x, transmitiendo información relevante y asegurándose de que los mensajes importantes se entreguen correctamente.

Gestión del flujo de trabajo: El celador puede ayudar a organizar y coordinar el flujo de trabajo en el servicio de rayos x, asegurándose de que los pacientes sean atendidos de manera eficiente y que se cumplan los plazos.

Estas funciones pueden variar dependiendo del entorno y las políticas específicas del lugar del trabajo o del centro hospitalario, pero generalmente el celador desempeña un papel crucial en la atención al paciente y en el funcionamiento efectivo del servicio de rayos x.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a este capítulo, hemos aprendido que el servicio de rayos x es uno de los servicios más fundamentales que podemos localizar en los distintos centros hospitalarios, ya que ayudan a detectar muchas patologías diarias.

Para que este servicio funciones con total normalidad, y haya un buen ambiente de trabajo, es necesario llegar a conseguir una plena organización, y una total sincronización de todo el personal sanitario y no sanitario, gracias a la organización que tiene, son capaces de sacar con rapidez el trabajo que les venga.

Una de las cosas que mas importa en este servicio, es la correcta identificación de los pacientes, para ello los técnicos deberán comprobar siempre que el nombre, apellidos y número e historial corresponde con el paciente que tienen en la cabina.

6 Bibliografía

Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (s/f). Boe.es. Recuperado el 18 de junio de 2023, de <https://www.boe.es/>

MedlinePlus - Información de Salud de la Biblioteca Nacional de Medicina. (s/f). Medlineplus.gov. Recuperado el 25 de mayo de 2022, de <https://medlineplus.gov/>

spanish/

Oposiciones.es. (2021, julio 20). Oposiciones.es. <https://oposiciones.es/>

Capítulo 418

LAS FUNCIONES QUE DEBEN DE REALIZAR LOS CELADORES EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN HOSPITALARIA

CARMEN MARÍA ABEJARO MONTES

DIEGO ARMANDO LAGUNO MARTÍN

RAQUEL GARRIDO RODRÍGUEZ

YOANA DÍAZ ROMERO

ALICIA GARRIDO RODRÍGUEZ

1 Introducción

En el año 1876 se llevó a cabo el primer tratamiento de esterilización por autoclave, lo llevó a cabo Charles Chamberland junto con Louis Pasteur.

El único objetivo que tiene el servicio de esterilización, es lograr eliminar al 100% la vida microbiana, tanto patógena como saprófita de todo aquellos aparatos, instrumental o cajas de instrumentales que hayan sido utilizados en los diferentes servicios hospitalarios.

Lo que finalmente conseguimos es la desinfección por completo de los materiales, consiguiendo así la destrucción al completo de cualquier forma vegetativa de los microorganismos que habitan en los materiales.

Además en este capítulo, explicaremos las funciones del, celador en el servicio de esterilización hospitalaria, un departamento clave para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes.

El celador desempeña un papel fundamental en la recepción, manipulación y distribución de los materiales esterilizados, asegurando que cumplan con los estándares de calidad establecidos tanto por el centro hospitalario como por el fabricante de los equipos de esterilización o de los materiales que se vayan a esterilizar.

A lo largo de este capítulo, examinaremos las responsabilidades del celador en la gestión de la esterilización, la importancia de seguir los protocolos adecuados y como su trabajo contribuye directamente a la prevención de infecciones y a la eficiencia operativa del hospital.

2 Objetivos

El principal objetivo y además el más importante que queremos mostrar, es el de enseñar a las personas que no ejercen ninguna labor en los centros hospitalarios, la forma de trabajar que tienen los celadores en uno de los servicios que se pueden considerar más complejos hoy en día.

3 Metodología

Para poder efectuar este breve capítulo hemos buscado información por las distintas páginas webs que nos han ayudado bastante.

Hemos sacado la información de la página web: Medicalplus y del hospital universitario general de ciudad real.

Además hemos destacado las siguientes palabras como las mas claves en este capítulo: Celador, Esterilización, Material.

4 Resultados

Las funciones del celador en el servicio de esterilización hospitalaria pueden incluir las siguientes:

Recoger, transportar y entregar el material a esterilizar: El celador recoge los materiales y equipos médicos usados en las diferentes áreas del hospital y los transporta al servicio de esterilización para su procedimiento.

Preparar los carros de esterilización: El celador se encarga de preparar los carros de esterilización con los materiales y equipos necesarios. Esto incluye verificar que los instrumentos estén completos, limpios y listos para el proceso de esterilización.

Cargar y descargar los autoclaves: El celador carga los carros de esterilización en los autoclaves, que son los equipos utilizados para realizar el proceso de esterilización mediante vapor a alta temperatura. Una vez finalizado el ciclo de esterilización, el celador descarga los carros y los lleva a la zona de almacenamiento.

Controlar la trazabilidad de los materiales esterilizados: El celador se encarga de etiquetar los materiales esterilizados con la información necesaria, como la fecha y la hora de la esterilización. Además, registra estos datos en los registros correspondientes para garantizar la trazabilidad de los productos.

Mantener la limpieza y organización del área: El celador mantiene el área de esterilización limpia y ordenada, siguiendo los protocolos de limpieza establecidos. Esto implica limpiar los carros, los autoclaves y otros equipos utilizados, así como mantener los suministros e instrumentos organizados.

Colaborar en la gestión de residuos: El celador puede participar en la gestión de residuos generados en el proceso de esterilización, siguiendo los procedimientos establecidos para la separación y disposición adecuada de los desechos.

Estas son algunas de las funciones que deben de desempeñar los celadores en el servicio de esterilización hospitalaria. Es importante destacar que las responsabilidades específicas pueden variar según el hospital y sus protocolos internos establecidos.

5 Discusión-Conclusión

El celador debe de tener claro cuáles son sus funciones y lo que tiene que realizar una vez se encuentre en el servicio de trabajo.

Las participaciones del celador, deben ser fundamentales para el buen desarrollo del trabajo que ejerce los grupos multidisciplinarios e indispensables, además de ser necesarios para el buen aumento de estos servicios hospitalarios y de los centros sanitarios, además el celador debe de tener un nexo especial con los profesionales sanitarios en el servicio de esterilización, ya que van a pasar muchas horas juntos.

El celador debe de contribuir con los profesionales sanitarios de estas instalaciones sanitarias, ya que va a depender del equipo el que salga bien el trabajo.

6 Bibliografía

Euroinnova Business School. (2022, diciembre 19). Euroinnova realiza una donación de material informático a la Universidad de Granada. Euroinnova Business School. <https://www.euroinnova.edu.es/>

MedlinePlus - Información de Salud de la Biblioteca Nacional de Medicina. (s/f). Medlineplus.gov. Recuperado el 25 de mayo de 2022, de <https://medlineplus.gov/spanish/>

Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (s/f). Boe.es. Recuperado el 18 de junio de 2023, de <https://www.boe.es/>

Capítulo 419

EL CELADOR ANTE LOS PACIENTES TERMINALES Y LOS PACIENTES FALLECIDOS

VICENTA CERRO NEVADO

FRANCISCO JOSE MORENO MONESCILLO

MARTA ISABEL MOSET MOLINA

YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

1 Introducción

Cuando un paciente se acerca al final de su vida, el objetivo de la atención no es curarlo, sino brindarle apoyo físico y psicológico, controlar sus síntomas, reducir su dolor y apoyar a sus familias. Este tipo de atención se conoce como cuidados paliativos. El cuidado del paciente requiere de él.

El celador debe ser tratado con extrema hostilidad porque los cuidados paliativos requieren trabajo en equipo y él es un miembro del grupo que brindará al paciente terminal los cuidados de comodidad necesarios.

El celador también asistirá a las enfermeras u otros encargados de amortajar a los difuntos en la gestión del traslado de los cadáveres a la morgue.

Es importante que el celador tenga, tanto una correcta comunicación verbal, utilizando un diálogo comprensible y veraz, como una comunicación no verbal, extremando el tacto, los gestos, el comportamiento y la actitud ante el paciente en

fase terminal como con los familiares. El celador deberá ser muy cauteloso con los comentarios que hace y nunca dará respuestas evasivas a las preguntas del paciente o a las de los familiares.

En cuanto a la manipulación de los pacientes ya fallecidos de enorme importancia que la actuación del celador deberá ser lo más aséptica y profesional posible.

2 Objetivos

- Conocer el protocolo de la Unidad de Cuidados Paliativos en pacientes terminales.
- Exponer el protocolo de actuación en pacientes fallecidos.

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, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los Cuidados Paliativos son el objetivo principal ante un enfermo en fase terminal, al que se le deben proporcionar cuidados de confort, para ello debemos:

- Mantener la buena imagen del enfermo (higiene profunda tanto de la persona como de la cama), fomentando la dignidad del paciente.
- Atención integral, individualizada y continua.
- Proporcionar un ambiente agradable y sin olores, confort y bienestar tanto físico como emocional, social y espiritual al paciente.
- Mejorar la calidad de vida del paciente.
- Desarrollar la autonomía del paciente.

Cuando el paciente fallece nuestras actuaciones pasan a una segunda fase en la que es muy importante conocer la técnica del amortajamiento, que no es otra cosa que la preparación del cadáver que debe realizarse lo antes posible, antes de que aparezca el rigor mortis, y después de la autorización del personal facultativo.

Con este acto se prepara al cadáver para que pueda ser velado por sus familiares, también recibe el nombre de cuidados post-mortem.

El protocolo es el siguiente:

- No se debe efectuar antes de que el médico haya certificado el fallecimiento.
- Se realiza con la mayor intimidad posible y antes que aparezca el rigor cadavérico (rigor mortis o rigidez cadavérica).
- Se coloca la cama en posición horizontal.
- El cadáver se manipula con guantes.
- Colocar al cadáver en posición de decúbito supino, con los brazos a los lados, las palmas hacia abajo o cruzando las manos sobre el abdomen.
- Se deja la almohada de la cabeza para evitar estancamiento de sangre.
- Retirar drenajes y sondas
- Retirar los objetos personales del cuerpo
- Higiene del cadáver.
- Cerrar los ojos y la boca del cadáver.
- Se pueden taponar orificios naturales, si estos expulsan líquidos.

Una vez finalizado el amortajamiento, la familia podrá permanecer con la persona fallecida hasta que considere oportuno. Procediendo posteriormente al traslado, por el celador, al mortuario. Cuando dicha acción se efectúe, será preciso que todas las puertas de las habitaciones de la planta estén cerradas y el pasillo despejado.

5 Discusión-Conclusión

El celador deberá ser correcto, respetuoso, colaborador, mostrará empatía tanto con el enfermo en situación terminal como con la familia. Escuchará al paciente, compartiendo sus sentimientos y siempre respetando sus creencias y necesidades religiosas. Es fundamental también que el celador muestre un conocimiento exhaustivo del protocolo que debe seguirse cuando el paciente haya fallecido. Esto hará que la familia se tranquilice y confíe plenamente en los profesionales que trabajan en la institución sanitaria.

El celador debe acceder y tener conocimiento de los protocolos de la Unidad de Cuidados Paliativos para un desarrollo más profesional y correcto de sus funciones, haciendo hincapié en la empatía y la parte más humana del celador. También es importante estar instruido en la técnica del amortajamiento para ayudar al resto del equipo cuando el paciente haya fallecido.

6 Bibliografía

- Distintas publicaciones en este campo [Internet] Disponible en <http://celadoresonline.blogspot.com/>
- Protocolos de cuidados paliativos y otros aspectos de esta materia [Internet] Disponible en http://www.auxiliar-enfermeria.com/cuidados_paliativos.htm

Capítulo 420

EL PINCHE DE COCINA EN LA DISTRIBUCIÓN DE LOS CIRCUITOS DE LAS COCINAS DE UN CENTRO HOSPITALARIO

NOELIA VILLALBA ALFARO

ALFONSO GARCIA MARINA

FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ

MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ

GLORIA MARTÍNEZ TARIN

1 Introducción

En este capítulo se tratarán los diversos tipos de circuitos de distribución que se encuentran disponibles y que se deben utilizar, así como el correcto e ideal funcionamiento que debe tener una cocina hospitalaria. Los procesos de alimentación y nutrición de una paciente hospitalizada se vuelven cruciales para su recuperación porque frecuentemente tienen la capacidad de alargar o acortar el proceso patológico. Es necesario contar con circuitos de distribución adecuados y cocinas en buen estado de funcionamiento para que los alimentos y productos servidos sean seguros y de la mayor calidad posible, así como que lleguen en un estado ideal y apetecible para que los pacientes puedan consumirlos. En

los distintos circuitos de distribución que están presentes en una cocina, hay que distinguir la línea de producción en caliente y la línea de producción en frío. La primera línea de producción es el circuito en el que se cocinan los alimentos, o se preparan a una temperatura mínima de 65 °C; estos alimentos deben mantener una temperatura constante hasta que sean distribuidos y servidos al paciente. En cambio, los alimentos se mantienen refrigerados a lo largo de la línea de producción hasta que se comen.

Los circuitos de distribución y el funcionamiento de la cocina estarán condicionados por la distribución del centro hospitalario, por el número de plantas y camas y el número total de pacientes.

2 Objetivos

Describir los diferentes sistemas de distribución que se pueden encontrar en la cocina de un hospital. Asegurar una operación sin problemas requiere que todos los pinches de cocina reciban la capacitación necesaria para cumplir con las reglas.

3 Metodología

Para este capítulo, realizamos una revisión exhaustiva de la literatura utilizando varias bases de datos, incluidas Medline, Cuiden, Scielo y Pubmed, así como varios protocolos y guías de práctica clínica. cocinas de hospital, circuitos eléctricos, etc. son algunos de los términos de búsqueda que empleamos para ello.

4 Resultados

Es fundamental que la comida que se sirve a los pacientes se prepare adecuadamente y se caliente a la temperatura óptima y necesaria. Hay muchos recursos disponibles en este momento para esto. Además, es fundamental destacar la importancia de cumplir con una serie de normas en los circuitos de distribución:

- Siempre avanzando, lo que significa que todos los preparativos y manipulaciones deben completarse para garantizar la seguridad del producto y evitar la contaminación.
- Definir áreas de distribución, procesamiento, así como áreas sucias y limpias.
- Diferencias entre zonas calientes y templadas. Deben ser fáciles de desinfectar y limpiar.

- El acceso a varios lugares debe ser simple.

En este capítulo, se discutirán los circuitos de distribución. El primer tema es la línea de distribución en caliente, también denominada sistema tradicional. La comida se sirve a los pacientes a una temperatura inadecuada debido a la larga distancia que debe recorrer desde el plato hasta la habitación del paciente, lo que tiene el importante inconveniente de perder calor. Las bandejas o carros isotérmicos se utilizan para evitar o reducir la pérdida de calor o para igualar la temperatura de los alimentos fríos y calientes, ya que este es el principal defecto de este sistema de distribución. Por otro lado, se encuentra el acceso a la línea de distribución de frío (ISO 3538). En este caso, la comida ya ha sido preparada, cocinada y luego enfriada adecuadamente antes de ser almacenada en las cámaras. Nunca debe almacenarse con alimentos o productos crudos para evitar la contaminación cruzada y mantener la seguridad del plato que se sirve al paciente. Después del emplatado, los alimentos se calentarán en bandejas preparadas a tal efecto antes de ser entregados a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Los circuitos de distribución y el funcionamiento de la cocina estarán condicionados por la distribución del centro hospitalario, por el número de plantas y camas y el número total de pacientes. Si no se utiliza el circuito de distribución adecuado, la comida puede llegar fría porque no es lo mismo repartir comida en un centro pequeño donde hay menos distancias que recorrer y menos tiempo que recorrer desde la cocina hasta la habitación del paciente que, en la por otro lado, en un hospital muy grande donde hay muchas camas y pacientes y hay muchas distancias y requisitos de tiempo.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.restauracioncolectiva.com/n/el-diseno-de-cocinashospitalariasprincipios-genericos>
2. www.scielo.org

Capítulo 421

LA HISTORIA CLÍNICA Y SU GESTION POR PARTE DEL AUXILIAR ADMNISTRATIVO

MARIA PILAR GOMEZ MARTIN

CARMEN MARIA MONTEJANO LOPEZ

CORNELIA ANA BISU

CRISTINA MORA GALÁN

MARTA YOUSRI VÁZQUEZ

1 Introducción

En este capítulo vamos a analizar y desarrollar los principales conceptos relacionados con los contenidos, soporte, y acceso a la historia clínica que el auxiliar administrativo debe conocer como profesional en un servicio de salud.

La historia clínica es un conjunto ordenado de documentos que detallan todos los procesos asistenciales del paciente en el servicio de salud al que se refiere. Es de vital importancia para el auxiliar administrativo que desarrolle sus funciones en un centro hospitalario, disponer de conocimientos acerca de su gestión.

Es en el servicio de archivo donde la figura del auxiliar administrativo va a estar más en contacto con la historia clínica. Esta puede presentarse en formato físico o digital. No obstante, podrá tener contacto con la misma en otros servicios de

un hospital, tal como secretarías médicas, en el servicio de admisión, o bien en urgencias.

Actualmente, se trabaja sobre todo con historias clínicas digitales, aunque podemos encontrarnos con historias en formato papel que aún no hayan sido digitalizadas, o bien en el archivo físico en donde se almacenan.

Una de las principales funciones del auxiliar administrativo respecto a la historia clínica es la digitalización de las mismas.

En este capítulo se desarrollarán los principales puntos relacionados con los contenidos, soporte, y acceso a la historia clínica en el desarrollo de las funciones del auxiliar administrativo.

2 Objetivos

- Analizar las características y peculiaridades que entraña la historia clínica, su normativa, documentación asociada y conocimientos aplicables al auxiliar administrativo en relación a la misma.
- Detallar las tareas y funciones que en los distintos servicios puede desarrollar el auxiliar administrativo en relación con la historia clínica, especialmente en el servicio de archivo.

3 Metodología

Para la realización de éste capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda en internet de documentación relacionada con la materia, y se han plasmado consideraciones basadas en la propia experiencia profesional. Se ha consultado también la legislación aplicable a la materia.

4 Resultados

La historia clínica está formada por el conjunto documentos generados para guardar toda la información relativa a la salud de un paciente a lo largo de las diferentes consultas e intervenciones médicas. Su finalidad principal es la correcta asistencia sanitaria al paciente.

El auxiliar administrativo trabaja sobre todo con las historias clínicas en el servicio de archivo, donde se realiza el proceso de digitalización de toda la documentación médica generada en los diferentes procesos asistenciales por los que ha pasado el paciente.

Las historias clínicas llevan un código numérico para su identificación, y el auxiliar administrativo se encargará, en el proceso de digitalización de ir añadiendo a la historia toda la documentación según se vaya generando.

Es en el proceso de digitalización, donde el auxiliar administrativo desarrolla un importante papel en relación al tratamiento de la misma, si bien es cierto que el auxiliar administrativo también puede trabajar con historias clínicas en papel físico. En el archivo físico en donde se almacenan, el auxiliar administrativo se encarga de su préstamo, seguimiento y archivo de las mismas.

La documentación que forma parte de la historia clínica puede ser: informes de urgencias, informes de exploraciones complementarias, informe clínico de alta, el gráfico de constantes, diagnóstico y tratamiento, evolución, las ordenes médicas, autorización de ingreso, evolución, alergias, alertas y antecedentes, informe de quirófano y el registro de parto, La evolución y planificación de cuidados de enfermería, etc.

El auxiliar administrativo debe conocer, distinguir e identificar dicha documentación.

Los datos incorporados a las historias clínicas son confidenciales, debido a la sensibilidad de los mismos el auxiliar administrativo debe tener especial cuidado en el tratamiento de los mismos siempre respetando el derecho a la intimidad y a la protección de datos.

5 Discusión-Conclusión

El papel del auxiliar administrativo en relación a la historia clínica de los pacientes, tiene que ver sobre todo con la digitalización, así como con el archivo de la misma.

Es por ese motivo que debe conocer los diferentes documentos que pueden estar incluidos en la historia clínica, así como estar familiarizado y saber distinguir dicha documentación.

El auxiliar administrativo debe tener nociones básicas de qué es la historia clínica, y su finalidad, de cara al manejo de dicha documentación en el ejercicio de sus tareas, así como el orden que deben guardar los documentos que forman parte de la misma. Asimismo, debe conocer la legislación vigente aplicable a la misma, guardar confidencialidad y respeto a la intimidad personal y familiar del paciente.

6 Bibliografía

1. Decreto 24/2011 de 12/04/2011 de la documentación Sanitaria en Castilla la Mancha
2. Historia clínica como herramienta para mejora del proceso de atención [Internet][citado abril 2017]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-historia-clinica-como-herramienta-mejora-S1134282X16300793>
3. Que es la historia clínica de un paciente y para qué sirve [Internet][citado 2021].Disponible en: <https://clinic-cloud.com/blog/la-historia-clinica-paciente-sirve/>.

Capítulo 422

LA FIGURA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO COMO PARTE INTEGRANTE DEL EQUIPO DEL SERVICIO DE ADMISION DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL

MARIA PILAR GOMEZ MARTIN

CARMEN MARIA MONTEJANO LOPEZ

CORNELIA ANA BISU

CRISTINA MORA GALÁN

MARTA YOUSRI VÁZQUEZ

1 Introducción

El servicio de urgencias de un hospital cuenta con un equipo multidisciplinar, del cual forma parte el auxiliar administrativo, actuando como conexión entre la parte asistencial y toda la tramitación y gestión documental que ésta lleva asociada.

El auxiliar administrativo en el servicio de urgencias en un hospital es el profesional que se encarga de la admisión del paciente al servicio y de la información a sus familiares.

Para poder desarrollar sus funciones de manera eficiente, debe conocer y seguir los protocolos establecidos en el servicio. De igual manera, deberá conocer las normas aplicables al mismo, los distintos procedimientos y trámites a realizar, la documentación médica que se genera en relación con el proceso de asistencia en urgencias a los pacientes, así como conocer el manejo de los programas informáticos propios para el desarrollo de sus tareas.

En el desarrollo de este capítulo se analizarán en las principales funciones, y conocimientos que el Auxiliar Administrativo como parte del engranaje del equipo de urgencias de un centro hospitalario, así como las actividades principales que realizará en el servicio, teniendo en cuenta las peculiaridades del mismo, que hacen que el trato con los pacientes y familiares requieran en muchos casos un importante grado de empatía y sensibilidad en cuanto a la comunicación e información a los mismos.

2 Objetivos

- Desarrollar y analizar las principales funciones que desarrolla el Auxiliar Administrativo como figura integrante del Servicio de Urgencias.
- Explicar el funcionamiento del servicio de urgencias de un centro hospitalario, desde el punto de vista de las funciones y tareas del Auxiliar Administrativo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha realizado una labor de investigación consistente en la búsqueda de información en diversas fuentes en internet como revistas científicas y publicaciones en bases de datos, así como la legislación aplicable a la materia.

4 Resultados

El servicio de urgencias de un centro hospitalario, debe tener un fácil acceso y estar organizado de tal manera que asegure una correcta atención al enfermo en todo momento.

Este servicio permanece en funcionamiento las veinticuatro horas del día, todos los días del año, y cuenta con la zona de acogida, zona de espera para los familiares, de triaje y con servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico.

La zona de información y admisión de urgencias, localizada en la zona de acogida y fácilmente identificable es el ámbito en el que la figura del auxiliar administrativo va a desarrollar sus funciones.

Una vez filiado el paciente e identificada la causa por la que acude al servicio de urgencias, habitualmente es un celador el que le acompaña para pasar al triaje, donde la enfermera le observará y para determinar la gravedad del enfermo con el fin de establecer una prioridad en su atención según sea clasificado como leve, moderado, grave o muy grave.

El auxiliar administrativo al igual que el resto de los trabajadores de éste servicio, trabajará a turnos, puesto que el servicio permanece en funcionamiento las veinticuatro horas del día, puede trabajar tanto de mañana, de tarde o de noche. Sus principales funciones serán la admisión y filiación de los pacientes, para lo cual solicitarán la tarjeta sanitaria del paciente, la gestión de toda la documentación asociada al proceso de urgencias, gestión de los ingresos y altas de pacientes, información a los familiares, justificantes de asistencia cuando sean solicitados, posibles citas y peticiones de ambulancias, y demás documentación que sea requerida en el servicio. Para el desarrollo de sus tareas el auxiliar administrativo de urgencias utilizará los programas informáticos propios del servicio. El auxiliar administrativo será el encargado igualmente de gestionar el ingreso en plantas hospitalarias, en el caso de que el paciente no sea dado de alta durante el proceso, asignándoles habitación y cama, así como de la información a los familiares.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo que va a desarrollar sus tareas en éste servicio debe ser conocedor de las características y peculiaridades que le son propias. Su funcionamiento, estructura y organización, así como las tareas principales que desarrollará en su puesto de trabajo, siendo la figura que actúa de acogida a los pacientes y enlace entre la gestión asociada a todo el proceso de urgencias y la asistencia sanitaria.

Es también el profesional encargado de la gestión de toda la documentación generada en el servicio en relación con la asistencia prestada al paciente tanto si es dado de alta en el proceso o bien es necesaria su hospitalización.

6 Bibliografía

- 1 (internet) (citado 31 diciembre 2022)]. Disponible en : <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-importancia-del-auxiliar-administrativo-en-el-servicio-de-urgencia/#::text=Las%20funciones%20espec%C3%ADficas%20del%20auxiliar,registro%20y%20realizan%20tareass%20administrativas.>
- 2.(internet) (citado 17/03/2023) Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-laborales-administrativo-urgencias/>
- 3.(internet) (citado 29 de julio de 2022)Disponible en: <https://www.techtitude.com/escuela-de-negocios/blog/gestion-de-servicios-de-urgencias>

Capítulo 423

EL PINCHE DE COCINA EN LA CONSERVACION Y CONGELACIÓN DE ALIMENTOS FRÍOS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

NOELIA VILLALBA ALFARO

ALFONSO GARCIA MARINA

FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ

MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ

GLORIA MARTÍNEZ TARIN

1 Introducción

Se deben tener en cuenta los alimentos que se pueden congelar. Los alimentos deben prepararse y envasarse correctamente antes de congelarlos, que es una de las formas más populares de conservar los alimentos. Además, no todos los alimentos se pueden almacenar a baja temperatura simultáneamente, por lo que el nombre del alimento debe estar marcado en el paquete. Podemos encontrar cámaras, congeladores, y muchas cosas más. Se debe utilizar la técnica correcta durante el proceso de congelación y descongelación. Siempre se debe evitar romper la cadena de frío y no se puede hacer con productos previamente congelados. El enfriamiento de los alimentos incluye la protección de los alimentos a temperaturas entre 3 °C y 0 °C para garantizar que los microorganismos se desarrollen

más lentamente y detener la producción de toxinas. El frío del frigorífico es inferior a -18°C , lo que inhibe la actividad bacteriana y enzimática que, de otro modo, echaría a perder los alimentos. La contaminación debe verse como un alimento que vuelve a la normalidad sin perder su valor nutricional. Debido a que se envasan correctamente en un refrigerador antes del almacenamiento, los diferentes tipos de productos alimenticios no se combinan en un congelador para evitar la contaminación cruzada.

2 Objetivos

Aprender a congelar y descongelar correctamente los alimentos para evitar perder cualquiera de sus nutrientes por los pinches de cocina.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica mediante una búsqueda en libros, artículos e internet a través de la recopilación de los conocimientos y la investigación sobre la conservación de los alimentos a baja temperatura.

4 Resultados

Hay muchas maneras diferentes de conservar energía, pero notaremos la conservación a bajas temperaturas. Estamos obligados a mantener cada tipo de alimento en los congeladores y cámaras durante un tiempo específico. Durante un máximo de 10 meses, la carne y las aves se pueden congelar. El pescado debe congelarse hasta por seis meses y los mariscos no más de dos o tres. Se utiliza un proceso de refrigeración que implica ralentizar el crecimiento de microbios y detener la producción de toxinas, prolongando, para almacenar alimentos por debajo de 3°C en lugar de por debajo de 0°C .

La carne se puede refrigerar de 3 a 4 días, las aves de corral de 4 a 5 días y el pescado de 1 a 2 días. Las verduras pueden permanecer frescas en el refrigerador durante 5 a 7 días, los huevos durante 2 a 3 semanas y la leche durante 3 a 4 días. Las comidas preparadas se pueden conservar entre uno y tres días. Las verduras se pueden congelar hasta por 9 meses cuando se preparan para congelar. Se lavan, pelan, cortan en cubitos y, con frecuencia, incluso se escaldan, lo que implica sumergirlos en agua hirviendo durante un corto período de

tiempo. De acuerdo con la normativa alimentaria, deben envasarse inmediatamente después de su preparación, y se recomienda reducir rápidamente la temperatura utilizando el congelador. No es recomendable congelar alimentos que tienden a separarse durante el proceso de recuperación, como ensaladas verdes, champiñones, crema y algunas salsas. Los alimentos que se comercializan como "congelados rápidamente" se han sometido a una congelación profunda para mantener sus cualidades distintivas. Mantener la temperatura anterior hasta el consumo es necesario porque la congelación continua a una temperatura igual o inferior a -18°C en todas sus partes ralentiza la actividad de microorganismos que pueden alterar la calidad de los alimentos. También podemos congelar alimentos o comidas preparadas. No mezclar varios alimentos en la nevera. Para evitar la contaminación cruzada, evite combinar alimentos crudos y cocidos. No coloque productos enlatados ni cajas de envío dentro de la cámara. Para evitar el crecimiento microbiano, el procedimiento de descongelación debe realizarse a baja temperatura. Debido a que pierden gradualmente su estado descongelado en el refrigerador, se recomienda almacenar allí los productos congelados. La comida debe calentarse uniformemente si se va a cocinar de inmediato. Los alimentos nunca deben descongelarse debajo del grifo, ya que se pierden los nutrientes. Para que las placas calientes se regeneren, la temperatura debe ser superior a 65°C , mientras que para las placas frías, la temperatura debe ser superior a 8°C . Dado que los alimentos congelados nunca se congelarán, siempre es una buena idea calcular cuántas porciones necesitará antes de comenzar a descongelar.

5 Discusión-Conclusión

Para que los alimentos mantengan su valor nutricional, sabor y textura, deben consumirse en circunstancias ideales. Para detener la propagación y el crecimiento de microorganismos en los alimentos, es fundamental etiquetar y envasar correctamente los alimentos, así como descongelarlos antes de servirlos para que los consumidores los reciban en las mejores condiciones posibles. Debemos asegurarnos de que la nutrición de los consumidores sea adecuada y ayude a mejorar su condición, particularmente cuando esos consumidores no tengan los cuerpos más saludables. Por ello, tanto si los alimentos se sirven calientes como fríos, debemos ser cautelosos a la hora de almacenarlos a bajas temperaturas, teniendo en cuenta si los alimentos son congelados o refrigerados, y siguiendo el protocolo para su recuperación.

6 Bibliografía

1.www.scielo.org

2.<https://ikastaroak.ulhi.net/>

Capítulo 424

EL PINCHE DE COCINA Y LA HIGIENE ALIMENTARIA EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

NOELIA VILLALBA ALFARO

ALFONSO GARCIA MARINA

FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ

MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ

GLORIA MARTÍNEZ TARIN

1 Introducción

Los alimentos que se encuentran en las cocinas de los hospitales tienen una serie de cualidades distintas que definen su elaboración. Algunas de estas cualidades incluyen el transporte de dietas, proveedores, la prevención de posibles plagas y el mantenimiento de las cadenas de frío adecuadas.

La investigación científica ha demostrado el papel fundamental que desempeña la nutrición para ayudar a los pacientes a recuperarse y acortar su estancia en los hospitales.

Las cocinas de los centros de salud están dedicadas a ofrecer servicios de primer nivel, garantizar la seguridad nutricional y mantener la higiene.

Tener el título de manipulador de alimentos es un requisito previo para trabajar como pinche de cocina en cocinas hospitalarias porque proporciona una forma-

ción especializada relacionada con los riesgos y responsabilidades a los que se enfrentan los empleados en el desempeño de sus funciones.

Esta carrera ofrece formación en los métodos necesarios para la correcta manipulación de los alimentos, así como cursos complementarios para mantener informados a los pinches de cocina sobre todas las directrices actualizadas. Los pinches de cocina y los cocineros de un centro hospitalario se beneficiarán de estos programas formativos al estar lo más cualificados posible para realizar su trabajo según lo previsto.

2 Objetivos

Conocer e identificar cuáles son los principios básicos para proporcionar una correcta higiene a los alimentos dentro de las cocinas hospitalarias.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una consistente revisión bibliográfica utilizando las bases de datos más importantes: Pubmed, Scielo, Medline, Google Scholar.

También se ha revisado la literatura científica sanitaria existente en relación con la correcta higiene que se debe de tener con los alimentos dentro de las cocinas hospitalarias.

4 Resultados

Desde que se recoge la comida hasta que llega a nuestras mesas, debemos tomar una serie de precauciones para garantizar su seguridad. Esto es lo que entendemos por higiene alimentaria.

Siguiendo las prácticas de higiene recomendadas, la higiene alimentaria garantiza que los alimentos sean seguros para nuestra salud.

La capacidad de los microorganismos para producir síntomas como diarrea, vómitos y fiebre son muy comunes cuando se sufre una intoxicación alimentaria, y en los casos más severos de intoxicación puede llegar incluso a la muerte. Los microorganismos tienen tendencia a multiplicarse rápidamente cuando tienen condiciones favorables para su reproducción. Estos son perjudiciales para las personas en muchos casos.

Para evitar que los alimentos se contaminen, el manipulador de alimentos debe cumplir con algunas reglas:

- Salud: Si la persona que manipula el alimento está enferma, puede contaminarlo con su enfermedad y exponer a los consumidores a ella.

- Higiene personal: además de mantener las uñas cortas y limpias, también debe lavarse las manos con regularidad, secarlas con toallas de papel y quitarse las joyas o relojes que pueda llevar encima.

Requisitos de higiene: El pinche de cocina debe cumplir con los requisitos de higiene alimentaria en función de las funciones que desarrolle en la cocina del hospital.

- Ropa: Para evitar la contaminación, el uniforme de trabajo debe ser adecuado y no se puede sacar del edificio.

- Sombrero o redecilla: El pinche de cocina siempre usa un sombrero para cubrirse el cabello y evitar que caiga en la comida mientras la preparamos y procesamos.

- Siempre que se manipulen diferentes alimentos, nos pondremos guantes y nos lavaremos bien las manos antes de colocarnos el equipo de protección.

- Si el pinche de cocina tiene una herida abierta, debe taparla para evitar la contaminación de los alimentos.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos ver en los resultados de este estudio, el pinche de cocina debe cumplir con los estándares de higiene alimentaria para proteger a los pacientes de intoxicaciones alimentarias.

Para evitar la contaminación cruzada, las normas básicas que siempre se deben seguir en las cocinas de los hospitales son: lavarse las manos con frecuencia, y lavarlas después de tocar cada tipo de alimento.

Dado que el uniforme puede estar contaminado con microorganismos, no debe dejarlo fuera de las instalaciones utilizadas para el tratamiento y procesamiento de alimentos.

El pinche de cocina debe quitarse todas las joyas y llevar las uñas cortas y limpias.

6 Bibliografía

- https://revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v1_n1_a7.pdf

- <https://manipulador-de-alimentos.com/higiene-alimentaria-y-manipulacion-de-alimentos/>

Capítulo 425

LA ATENCION PRESENCIAL Y TELEFONICA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

CORNELIA ANA BISU

CARMEN MARIA MONTEJANO LOPEZ

CRISTINA MORA GALÁN

MARTA YOUSRI VÁZQUEZ

MARIA PILAR GOMEZ MARTIN

1 Introducción

Uno de los servicios en los que el auxiliar administrativo puede desempeñar sus tareas es en el servicio de urgencias de un hospital, en donde con frecuencia es el profesional encargado de atender en un primer momento a los pacientes. De igual manera en algunos centros de salud, el auxiliar administrativo puede recibir avisos para atender las urgencias médicas por parte de los sanitarios en su área de salud.

Es de gran importancia que ésta primera atención, información y recogida de datos, se realice de manera profesional, con empatía y rigor, y adecuada a la situación del paciente.

El auxiliar administrativo es el enlace entre el paciente y sus familiares y los profesionales sanitarios que le van a prestar asistencia en el servicio de urgencias, y que se encargan de tratar al paciente. El paciente que acude a urgencias puede ser dado de alta tras su tratamiento o bien puede requerir hospitalización.

Entre las funciones del auxiliar administrativo en este servicio, cabe destacar, la admisión, recopilación de datos e información, información a familiares, gestión de la documentación generada, alta en su caso y de las citas que se requieran tras el alta, así como atención telefónica. Para ello manejarán aplicaciones informáticas específicas y será necesario tener buenas habilidades de comunicación.

Centrándonos en la atención telefónica, el auxiliar administrativo debe manejar la recepción y gestión de llamadas en el ámbito sanitario.

2 Objetivos

- Exponer las principales funciones en relación con la comunicación presencial y telefónica del auxiliar administrativo en el servicio de admisión de urgencias.
- Explicar las distintas funciones que desarrolla el auxiliar administrativo en el servicio de urgencias en un hospital, así como en su caso en un centro de salud.

3 Metodología

Para la elaboración de éste trabajo, se ha realizado una investigación y recopilación de datos en internet, así como una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se han consultado artículos en bases de datos, y publicaciones científicas revisadas, así como consultas de la legislación vigente.

4 Resultados

Las urgencias sanitarias pueden ser atendidas en centros de salud, siendo estos el primer eslabón en la atención de urgencias, en coordinación con los Centros Hospitalarios y el Servicio de Emergencias en su caso.

Las urgencias que no puedan ser atendidas en los centros de salud o puntos de atención continuada, serán derivados a las urgencias sanitarias de los hospitales. El papel del auxiliar administrativo en el servicio de urgencias, es crucial, ya que en la mayoría de los casos es el primer profesional que va a atender a los pacientes y a sus familiares cuando acuden a Urgencias.

Entre las tareas que realiza el auxiliar administrativo en el servicio de urgencias, destacamos el registro de entrada de los pacientes, y recogida de los datos, gestión de la documentación, apertura de historia clínica en el caso de que el paciente no la tuviera y del transporte sanitario en caso de ser necesario, así como de los ingresos.

Se encargará también de la atención e información a los familiares, acerca de la evolución del paciente, de las pruebas realizadas o información médicas que hayan sido facilitadas, así como localización de los pacientes y familiares en urgencias.

Igualmente se encargará de facilitar la realización de reclamaciones a los usuarios.

En muchos casos, la información requerida y facilitada a los familiares, se realiza de forma telefónica.

En la atención telefónica es fundamental, el mensaje comunicado, pero también la forma de comunicarlo y, en especial, la entonación que empleamos.

Debemos utilizar una fórmula de bienvenida, se identificará la unidad, con una frase del tipo “Urgencias, buenas tardes”, tras la cual identificaremos al interlocutor especialmente cuando se transfiera su llamada a otra persona o cuando sea necesario por la naturaleza de la información solicitada. En la despedida debemos dar las gracias a nuestro interlocutor por la llamada realizada.

5 Discusión-Conclusión

El papel del auxiliar administrativo, es de vital importancia al ser el nexo de unión entre los pacientes y la asistencia sanitaria.

El auxiliar administrativo se encargará de atender, informar a los familiares y gestionar la documentación relativa a los procesos de urgencias de los pacientes.

El auxiliar administrativo debe conocer el funcionamiento del servicio de urgencias en el que va a desarrollar su trabajo así los protocolos y procedimientos del mismo.

Esta atención se realiza de manera presencial, pero en muchas ocasiones también de manera telefónica, especialmente la información a familiares, en cuyo caso debemos tener en cuenta una serie de consideraciones, para que dicha comunicación sea eficiente.

6 Bibliografía

1. Atención telefónica por el personal de auxiliar administrativo en sanidad (internet) (citado 03/08/2021) disponible en: <https://revistamedica.com/atencion-telefonica-administrativo-sanidad/>
2. Unidad de admisión en las urgencias hospitalarias: la importancia de una buena atención (internet) (citado 17/02/2020)
Disponible en: <https://revistamedica.com/unidad-de-admision-urgencias-hospitalarias/>
3. Auxiliar de la Función Administrativa Sescam Ed. Cep

Capítulo 426

FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ARCHIVO Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

ESTEFANIA FLORES ALCOLEA

MARIA ANGELES PALACIOS AVILES

AMPARO VELA SANCHEZ-MANZANERO

ROSA MARIA MUÑOZ MAQUEDA

GONZALO TEJERA DE EUSEBIO

1 Introducción

En cualquier centro sanitario, ya sea un hospital, centro de salud, clínica privada etc. se genera diariamente gran cantidad de documentación sanitaria en formato físico o digital. Estos datos son especialmente sensibles, por lo que la institución sanitaria debe articular los mecanismos necesarios para la correcta custodia, conservación, y almacenamiento de dicha documentación

La Historia Clínica es el documento donde se reúne toda la información relacionada con el estado de salud o enfermedad del paciente que ha recibido asistencia sanitaria en el hospital.

Es una pieza clave en la atención hospitalaria, contribuyendo a mejorar la calidad de la atención recibida, la transmisión de la información entre los distintos

profesionales sanitarios y permitiendo observar la trazabilidad de los procesos asistenciales.

A su vez los centros sanitarios tienen la obligación legal de conservar la documentación clínica en unas condiciones que aseguren el cumplimiento de custodia, conservación, seguridad, confidencialidad etc. de los datos de carácter sanitario. Actualmente todavía podemos encontrar en una misma historia clínica documentación en formato papel y en formato electrónico. Este hecho hace necesario establecer mecanismos que aseguren la llegada al archivo de la documentación “suelta” que pueda originarse en los diferentes servicios o consultas hospitalarios.

2 Objetivos

- Describir el funcionamiento del servicio de archivo en el ámbito hospitalario.
- Listar las funciones que realiza 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”, “historia clínica”, “archivo”, 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 archivo y documentación clínica se encarga de la gestión de la información clínica generada por un paciente en los diferentes procesos asistenciales.

Debido al carácter especialmente sensible de los datos sanitarios debe cumplir escrupulosamente la Ley de Protección de Datos.

La unidad de archivo suele estar ubicada en la planta sótano del hospital, también existe un archivo de menor tamaño en los centros de salud de salud.

Normalmente estará dotado de estanterías móviles para facilitar la manipulación constante de las historias clínicas, así como de los equipos informáticos necesarios para llevar un registro de entradas y salidas de historias desde la unidad de archivos a los diferentes servicios del hospital y viceversa.

En esta unidad el auxiliar administrativo desarrolla numerosas tareas, archivo de documentación en la historia clínica, digitalización, atención telefónica etc. En el presente capítulo vamos a describir cómo funciona un archivo hospitalario y desarrollaremos las funciones que realiza el auxiliar administrativo.

Dentro del archivo podemos distinguir dos tipos

- Activo

- Pasivo

Únicamente se deberá enviar al archivo la documentación que no se encuentre en el sistema informático y que no pueda ser consultada de manera electrónica.

A continuación vamos a enumerar las funciones que realiza el auxiliar administrativo en el servicio de archivo en el ámbito hospitalario:

- Reciben las solicitudes de préstamo de historias clínicas de los diferentes servicios del hospital: plantas de hospitalización, consultas externas, peticiones telefónicas etc.

- Se encargarán de localizar las historias clínicas en el archivo activo que se encuentran colocadas por orden en las estanterías móviles y las preparará para su préstamo.

- Prestarán las historias en el programa informático utilizado por la institución.

- Enviaran las historias a los servicios correspondientes: coordinación quirúrgica, despachos, urgencias, etc.

- Recuperarán informáticamente las historias devueltas a la unidad de archivo.

- Cuando duplique la historia clínica de un paciente informáticamente serán los encargados de fusionar ambas historias.

- Serán los encargados de corregir determinados datos del paciente informáticamente como el número de tarjeta sanitaria.

- Sustituirán el sobre de la historia clínica cuando éste este muy deteriorado.

- Abrirán una historia clínica nueva en formato papel cuando el paciente carezca de ella.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de archivo es de vital importancia para la correcta manipulación de la documentación sanitaria. Esta unidad pertenece al servicio de Admisión y Documentación Clínica y posibilita ofrecer una atención adecuada y de calidad, así como poner a disposición de los facultativos datos clínicos de una manera organizada y normalizada, permitiendo desarrollar trabajos de investigación, docencia, asistencia, con los estándares científicos adecuados.

El auxiliar administrativo que presta sus servicios en esta unidad debe guardar en todo momento la confidencialidad de los datos que tiene conocimiento por razón de su trabajo. Igualmente debe conocer todos los protocolos de trabajo como normativa legal respecto a la protección de datos.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/labores-auxiliar-administrativo-archivos-hospital/>
2. <https://revistamedica.com/archivo-hospitalario-funciones/>

Capítulo 427

EL CELADOR EN EL TRASLADO DE DOCUMENTOS Y OBJETOS DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS

VICENTA CERRO NEVADO

FRANCISCO JOSE MORENO MONESCILLO

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

MARTA ISABEL MOSET MOLINA

YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ

1 Introducción

Los archivos de un centro hospitalario son donde se guardan y organizan todos los registros médicos de cada paciente. Los propósitos generales de un archivo incluyen el almacenamiento de documentos, el acceso, la organización, la información, la educación, etc. De acuerdo con el número asignado a cada historia cuando se abre, las historias se organizan en ese orden. El celador es el encargado de trasladar la historia clínica del paciente y cualquier trámite adicional desde la sala del hospital correspondiente al archivo central. El director del hospital determina la frecuencia con la que se pueden conservar de la manera que se describe a continuación:

- En un archivo. Solo se conservará la información más fundamental del paciente. Cada oficina y edificio administrativo del policlínico contiene una copia de este documento.

- A través de entrevistas o registros de citas, incluye una historia durante el tratamiento en un centro hospitalario. El registro de la cita ha sido entregado en la habitación del paciente en caso de que el paciente esté ingresado en el hospital. Las funciones de un celador en relación con los registros médicos se manifiestan en la gestión operativa o transmisión de mensajes verbales, documentos, correspondencia o artículos encomendados por sus superiores, así como en el traslado de equipo o mobiliario de un servicio a otro.

2 Objetivos

Como celadores que trabajan en un centro hospitalario, ser conscientes de algunas cuestiones fundamentales relativas a la actuación del vigilante a la hora de trasladar documentos y objetos.

3 Metodología

La investigación para el desarrollo de este trabajo implicó una revisión bibliográfica sistemática del cuerpo de literatura científica publicada. Se utilizaron Pubmed, Medline, Scielo y Google Scholar para buscar artículos con el fin de elegir artículos científicos de revistas académicas examinadas.

4 Resultados

Se requiere una entrega rápida, confiable, organizada y segura de los papeles y otras pertenencias, así como tomar las precauciones necesarias para que los papeles y otras pertenencias que se le encomienden lleguen sin daños para ello está el celador que realiza estas funciones:

- Responder a mensajes que le comuniquen: La comunicación verbal se refiere a cualquier mensaje, directiva o dato que un tutor transmite a un estudiante. El celador tendrá cuidado de no revelar lo dicho durante las comunicaciones orales. Se requiere comunicación verbal entre los supervisores y sus compañeros de trabajo, subordinados o el público en general.
- Transmitir historias clínicas y otros documentos: La transferencia de historias clínicas implica el transporte seguro de los registros a su ubicación prevista. Se denomina historia clínica a cualquier tipo de documento o soporte que incluya una recopilación de datos e información médica. La historia se considera una colección de registros que detallan la situación clínica actual de un paciente. condición

y cómo ha cambiado a lo largo de su tratamiento.

- Gestión de historias clínicas: Para poder brindar una atención adecuada a los pacientes, el personal médico del centro debe conocer los antecedentes médicos del paciente. Se anotarán todas las entradas y salidas de los registros médicos del remitente o del destinatario. Para evitar pérdidas accidentales, los celadores deben cooperar en el mantenimiento de los documentos tomados para el transporte y aceptar no divulgar registros médicos a personas no autorizadas.
- Traslado de muebles o equipos de un servicio a otro: Para las entregas de suministros, equipos y muebles, el custodio deberá estar presente en la unidad requirente tanto al momento de realizar la solicitud de entrega como al realizar el traslado. Asimismo, retirará cualquier cama o colchón que se encuentre en mal estado para su renovación o almacenaje, siempre siguiendo el horario, ruta y prioridad predeterminados, y procurará minimizar las interrupciones al funcionamiento normal del hospital.
- El transporte de balas de oxígeno: El celador es el encargado de transportar los tanques de oxígeno, reponerlos cuando se agoten, prepararlos para su uso y proporcionarlos a los pacientes que están recibiendo oxigenoterapia.
- Transporte de muestras biológicas. Es crucial que las muestras para análisis posteriores lleguen al laboratorio en las circunstancias adecuadas para evitar alterar los resultados de la prueba.
- También recogen informes de farmacia de los servicios hospitalarios y los entregan a la farmacia.

5 Discusión-Conclusión

Hemos tenido la oportunidad de conocer algunas cuestiones fundamentales relativas al traslado de papeles y objetos por parte de los celadores en nuestra condición de empleados del hospital que no son profesionales de la medicina.

Hemos visto qué es un expediente, cómo funciona en general y cómo se pueden conservar los datos clínicos de un paciente.

Esta transferencia debe realizarse de forma rápida, ordenada y segura por los celadores.

Hemos visto el protocolo para la tramitación de comunicaciones verbales, el traslado de documentos y documentación clínica, el traslado de equipos o mobiliario de un servicio a otro, el transporte de botellas de oxígeno, la distribución de productos de farmacia y el traslado de muestras biológicos.

6 Bibliografía

1. <http://www.cgtsanidadlpa.org>.

Resultados web para PDF. La Transferencia de Documentos y Objetos.

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

Capítulo 428

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES PRINCIPALES EN EL ANIMALARIO DE UN HOSPITAL

PETRA MONTALVO CAMPOS

LUCIA MONTALVO CAMPOS

MARIA DEL PILAR SERRANO CASADO

RAMONA DELGADO GOMEZ-PIMPOLLO

JULIANA LADERO PACHECO

1 Introducción

Primero se debe entender la importancia de utilizar estos animales en la investigación médica y de salud. Una instalación para animales es un lugar dentro de un hospital donde se alojan animales para su uso en investigaciones científicas. Las instalaciones para animales generalmente incluyen quirófanos, laboratorios, áreas de alojamiento para animales, áreas limpias y sucias, incineradores de basura e incineradores de cadáveres.

El Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo dispone de una sala veterinaria de unos 1.400 metros cuadrados con salas para las ratas, los ratones, los cerdos y todas las demás especies animales utilizadas en investigación científica. La sala de veterinaria también cuenta con un área de actuación y un quirófano experimental.

Uno o varios celadores son los encargados de mantener al día la instalación y los animales alojados en ella, además de los veterinarios e investigadores que allí trabajan. En otras palabras, el celador es un miembro esencial de la instalación de animales y está a cargo de proporcionar alimentos y agua a los animales, mantenerlos limpios y saludables, y garantizar que el espacio se mantenga con los más altos estándares. Los celadores tienen deberes que son generales a su papel como personal médico y exclusivos del servicio que brindan su trabajo con el ganado difiere mucho del de otras profesiones.

2 Objetivos

Anunciar el trabajo que realiza un celador que trabaja en el animalario de un hospital, así como sus principales funciones.

3 Metodología

Para la elaboración de este estudio se realizó un estudio consistente en una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática de libros, se referenciaron artículos en las principales bases de datos como PubMed, Medline y Scielo, y se seleccionaron artículos científicos de publicaciones científicas revisadas.

4 Resultados

Los celadores tienen deberes que son generales a su papel como personal médico y exclusivos del servicio que brindan su trabajo con el ganado difiere mucho del de otras profesiones.

Sus funciones incluyen, por ejemplo, comprender la naturaleza de las diversas especies que están presentes allí, así como las necesidades de espacio y entorno ideal para la salud animal.

Se deben proporcionar machos y hembras separados si la investigación que se está realizando no requiere la reproducción de los animales.

Por otro lado, si la reproducción es un componente necesario del proceso, siempre es necesario regular el procedimiento, el número de crías producidas por cada pareja de animales y el cuidado de las crías.

Debería ser lo más simple posible obtener una mirada de cerca a los animales.

Es necesario acatar las indicaciones de los supervisores y veterinarios. Esto juega un papel importante en la cría de animales.

Los celadores del animalario son los encargados de velar porque las dietas de sus encargados, que varían según la especie, la edad, las características y las necesidades, sean equilibradas, además es el encargado de garantizar que los animales se mantengan con vida durante los procedimientos de inspección cuando requieren ayuno continuo o ingesta de líquidos. Debemos asegurarnos de que los animales siempre tengan acceso al agua que necesitan para sobrevivir, la limpieza de la arena, comederos, bebederos y otras áreas donde se congregan los animales. Evitar condiciones insalubres tanto para los animales como para los profesionales es otra de las funciones del veterinario.

El equipo de recolección de desechos animales debe limpiarse periódicamente. Es su deber cuidar de los animales utilizados en la investigación y asegurarse de que no experimenten estrés innecesario.

Cuando un animal fallece, se lo llevan y lo preparan para su disección, cremación o entierro, según sea necesario. reconoce las estrictas pautas que deben cumplir los animales de investigación hospitalizados.

El personal de seguridad debe transportar y ayudar al personal médico durante las pruebas, lo que incluye sujetar animales vivos y reposicionar animales muertos, si se requiere un animal para la prueba.

Los celadores se encargarán de atrapar a los animales que se escapan sin querer y los devolverán a sus jaulas. Recuerde siempre que el uso de animales en la investigación es una necesidad. En consecuencia, puede no ser beneficioso realizar investigaciones en animales que se manipulan con cuidado.

5 Discusión-Conclusión

Los deberes de un celador de hospital son distintos de los de otros hospitales.

Dado que muchos métodos de investigación se basan en la salud y el bienestar de estos animales, estas tareas deben completarse con claridad y precisión.

Es fundamental entender que estas criaturas no son mascotas y trabajar con ellas puede ser riesgoso.

Se cuidará de los animales alimentándolos, arreglando sus instalaciones, cambiando su dieta según la investigación, moviéndolos si es necesario y sacrificándolos si fallecen.

El éxito de la investigación con animales como sujeto continúa siendo visto en este trabajo como un factor en el desarrollo de técnicas utilizadas en medicina humana.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com/animalario-funciones-celador/>

Capítulo 429

EL CELADOR Y SU FUNCION EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL

VICENTA CERRO NEVADO

FRANCISCO JOSE MORENO MONESCILLO

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

MARTA ISABEL MOSET MOLINA

YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ

1 Introducción

Los pacientes que han sido diagnosticados con insuficiencia renal crónica por una variedad de razones se someten al tratamiento de hemodiálisis.

Las toxinas, los productos de desecho producidos por el cuerpo, el exceso de líquidos, además de controlar los niveles de ácido del cuerpo, son eliminados por los riñones, que también mantienen un equilibrio saludable de agua y sales minerales en la sangre.

La enfermedad que produce un alto grado de discapacidad durante un período prolongado de tiempo y se acompaña de diversas patologías secundarias que pueden empeorar el estado de salud del paciente es la insuficiencia renal crónica, que es la que con mayor frecuencia produce mortalidad y morbilidad.

Los pacientes a los que se les ha diagnosticado la afección deben recibir terapia de hemodiálisis para poder realizar las funciones normales del riñón, pero de manera automatizada.

La sangre del paciente se filtra a través de un dializador como parte del procedimiento de hemodiálisis. El trabajo típico de los riñones es eliminar los productos de desecho y las toxinas del cuerpo de la sangre, pero este filtro hace lo mismo. En el hospital existen unidades especializadas con la infraestructura y las instalaciones necesarias para realizar estos tratamientos. Equipos de trabajo de diversas categorías profesionales, incluido el celador, conforman estas unidades.

2 Objetivos

Describir las diversas responsabilidades del celador en el servicio de hemodiálisis y la trascendencia de esta posición en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

Para completar este trabajo, se realizó una búsqueda y revisión bibliográfica utilizando palabras clave como "celador de hemodiálisis", "funciones del celador en las unidades de hemodiálisis" y "el celador en el hospital". También analizamos los planes de estudio de los competidores en el sistema nacional de salud.

4 Resultados

La sangre del paciente se filtra a través de un dializador como parte del procedimiento de hemodiálisis. El trabajo típico de los riñones es eliminar los productos de desecho y las toxinas del cuerpo de la sangre, pero este filtro hace lo mismo. Se requiere acceso vascular para los pacientes que reciben estos tratamientos para mover y transferir un flujo considerable de sangre.

Esta terapia se puede administrar en casa, lo que tiene el beneficio de minimizar los cambios de vida del paciente al evitar que tenga que viajar al hospital.

La terapia que se administra de forma ambulatoria y se realiza en un ámbito hospitalario es la que se utiliza con mayor frecuencia.

Debido a la naturaleza prolongada del tratamiento, es habitual que los pacientes reciban atención en camas o sillones donde puedan estar lo más cómodos posible y puedan colocarse en varias posiciones anatómicas.

El celador es uno de los profesionales que desempeña sus funciones en el área de hemodiálisis y se le pueden acreditar las siguientes competencias:

1-Serán los encargados de trasladar a los pacientes desde las ambulancias hasta la unidad de hemodiálisis correspondiente, este movimiento se puede hacer en camilla o en silla de ruedas, dependiendo de la condición de cada paciente. Una vez finalizados los tratamientos, serán ellos los encargados de devolver a los pacientes a las ambulancias de transporte.

2- Para realizar el procedimiento de hemodiálisis, deberán trasladar a los pacientes que necesiten asistencia y colocarlos en las camas o sillas correspondientes.

3- También ayudarán al personal de enfermería a vestir o desvestir a los pacientes que, por sus necesidades, no puedan hacerlo por sí mismos.

4- Serán los encargados de trasladar los muebles o equipos necesarios para los pacientes de hemodiálisis a otras unidades o lugares del hospital, así como dentro de la propia unidad de hemodiálisis.

5- Las muestras biológicas de los pacientes que necesiten análisis también serán encomendadas al celador.

6- Serán los encargados de trasladar a los pacientes de hemodiálisis a los diferentes departamentos del hospital para que se les realicen otras pruebas complementarias que ayuden con sus patologías.

7- Los celadores serán los responsables de trasladar a los pacientes ingresados a las distintas plantas del hospital para que puedan recibir los tratamientos de hemodiálisis adecuados.

5 Discusión-Conclusión

Para poder realizar tratamientos de extrema delicadeza, las unidades de hemodiálisis del hospital son una parte fundamental del servicio hospitalario.

Debido a que muchos de los pacientes que necesitan estos servicios son personas mayores y pueden tener problemas de movilidad o cognitivos, es evidente la importancia del celador en estas unidades hospitalarias.

La presencia de estos profesionales es muy valorada tanto por los pacientes como por los profesionales que trabajan para este servicio, no solo porque ayuda en la movilización y traslado de los pacientes, sino también por la atención compasiva que brindan cuando los pacientes están experimentando problemas médicos.

Por todo ello, es necesario que estos profesionales como son los celadores tengan formación en diversas habilidades además de tener empatía con los distintos

pacientes que requerirán estas terapias para evitar alteraciones en el normal funcionamiento del área.

6 Bibliografía

1. <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/pruebas-y-procedimientos/dialisis/hemodialisis>.
2. www.revistamedica.com
3. Pubmed

Capítulo 430

FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

ESTEFANIA FLORES ALCOLEA

MARIA ANGELES PALACIOS AVILES

AMPARO VELA SANCHEZ-MANZANERO

ROSA MARIA MUÑOZ MAQUEDA

GONZALO TEJERA DE EUSEBIO

1 Introducción

El Sistema Nacional de Salud presta atención sanitaria universal y gratuita sostenida por diferentes impuestos, y hecha realidad gracias al trabajo de diferentes profesionales tanto sanitarios como no sanitarios. Dicho sistema de salud está dividido en dos niveles asistenciales:

- Atención Primaria.
- Atención Especializada.

La Atención Primaria se realiza en régimen ambulatorio en Centros de Salud y Consultorios locales.

La Atención Especializada puede ser en régimen ambulatorio por ejemplo en consultas externas u hospital de día, o en régimen de internamiento cuando un paciente es ingresado en planta.

Por otra parte, en los hospitales también se encuentra el servicio de urgencias hospitalario que ofrece atención a toda la población que requiera o demande asistencia urgente, con capacidad para ingresar al paciente en una planta de hospitalización, trasladarlo a otro nivel asistencial o darle el alta al domicilio.

En las urgencias hospitalarias trabajan multitud de profesionales, médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos, personal de limpieza, vigilantes, celadores etc.

En este capítulo vamos a centrarnos en la figura del auxiliar administrativo y sus funciones en la unidad de admisión de urgencias. El trabajo en esta unidad tiene ciertas peculiaridades, pues se trata de un servicio que funciona las 24 horas todos los días del año.

2 Objetivos

- Describir el circuito de las urgencias hospitalarias.
- Listar las funciones que realiza el auxiliar administrativo en la unidad de admisión de urgencias.

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”, “servicio de urgencias”, “admisión”, 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 los hospitales aparte de los servicios programados, nos encontramos las urgencias hospitalarias, que prestan atención sanitaria urgente de manera ininterrumpida a toda la población de su área de influencia.

En ella trabajan personal sanitario y no sanitario, entre el que se encuentra el auxiliar administrativo. Es el único servicio hospitalario donde el auxiliar administrativo trabaja las 24 horas todos los días del año, por ello tiene unas peculiaridades que lo diferencian del resto de unidades.

Un paciente puede acudir al servicio de urgencias hospitalarias por varias vías:

- Por iniciativa propia.
- Derivado desde el Centro de Salud.
- Desde otro hospital del área.
- Desde otras instituciones, como por ejemplo residencias.
- Uvi móvil.

Cuando el paciente llega a urgencias dependiendo de la patología y la edad será derivado a especialidades, boxes, observación o pediatría.

Las funciones del auxiliar administrativo en la unidad de admisión de urgencias son las siguientes:

- A la llegada del paciente realizará la admisión del mismo comprobando sus datos personales, indicando si se trata de enfermedad común, accidente laboral, accidente de tráfico, accidente deportivo, agresión etc.
- Realizará la petición de ambulancias de alta de urgencias solicitadas por el facultativo.
- Mecanizará los ingresos en el servicio correspondiente, previa asignación de la cama.
- Realizará los justificantes de asistencia solicitados por pacientes y familiares.
- Atenderá las llamadas telefónicas.
- Resolverá las dudas y preguntas de pacientes y acompañantes.
- Realizará los cambios de servicio de pacientes ya ingresados.
- Dará de alta a los pacientes en el programa informático de la institución.
- Remitirá al servicio de Medicina Preventiva las órdenes de aislamiento para su autorización.
- Realizará los aislamientos autorizados.
- Realizará la gestión de camas los festivos y tardes.
- Prestará las historias de los ingresos realizados.
- Solicitará al archivo las historias solicitadas por los facultativos de urgencias.

Como podemos observar sus funciones sirven de apoyo al personal facultativo con el que trabaja en estrecha colaboración y coordinación.

5 Discusión-Conclusión

Dentro de las urgencias hospitalarias el auxiliar administrativo realiza multitud de funciones que dan soporte a la actividad asistencial. Dentro de este servicio el auxiliar administrativo realizará turnos rotatorios incluyendo noches como el resto de personal de la unidad. Sus funciones son muy variadas y en ocasiones surgen supuestos no contemplados en los protocolos de trabajo que tiene que resolver de manera rápida y eficiente.

Por todo lo anteriormente descrito el auxiliar administrativo del servicio de admisión de urgencias tiene que ser dinámico y polivalente, a la vez que resolutivo adaptándose con rapidez a las situaciones planteadas y ofreciendo soluciones efectivas a los problemas que puedan surgir.

6 Bibliografía

1. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-importancia-del-auxiliar-administrativo-en-el-servicio-de-urgencia/>
2. <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-servicio-urgencias/>
3. <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>

Capítulo 431

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

ESTEFANIA FLORES ALCOLEA

MARIA ANGELES PALACIOS AVILES

AMPARO VELA SANCHEZ-MANZANERO

ROSA MARIA MUÑOZ MAQUEDA

GONZALO TEJERA DE EUSEBIO

1 Introducción

El servicio de radiología o radiodiagnóstico por imagen es la especialidad médica que tiene como función o fin el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, utilizando imágenes del interior del cuerpo mediante diferentes agentes físicos como rayos X, ultrasonidos, campos magnéticos etc.

Este servicio se encarga de llevar a cabo los estudios radiológicos solicitados por los especialistas de atención primaria, de atención especializada o de otros hospitales del área. Como podemos imaginar, se trata de una unidad o servicio con una alta demanda de trabajo. En ella prestan sus servicios un equipo multidisciplinar compuesto por radiólogos, enfermeras, auxiliares de enfermería, auxiliares

administrativos, celadores, personal de limpieza, etc. todos ellos indispensables para el buen funcionamiento del servicio.

Esta unidad suele estar ubicada cerca de servicio de urgencias hospitalarias debido a la gran demanda de pruebas por parte de este servicio.

Una vez realizado el estudio radiológico, el radiólogo deberá realizar un informe que será puesto a disposición del médico peticionario, el cual podrá establecer un diagnóstico del paciente.

La función principal del auxiliar administrativo en esta unidad es la recepción de los pacientes para la realización de las pruebas. También realiza otro tipo de tareas que vamos a desarrollar en el presente capítulo.

2 Objetivos

- Describir el funcionamiento de la unidad de radiodiagnóstico.
- Listar las funciones que realiza el auxiliar administrativo en el servicio de radiología.

3 Metodología

Para la elaboración de presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Para ello, se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y diferentes artículos científicos con contenidos relacionados con el tema a estudio.

4 Resultados

En los últimos años esta especialidad se ha convertido en una parte vital de la medicina siendo el medio de diagnóstico de la mayoría de los pacientes. Debido a su complejidad, este servicio requiere un soporte técnico de los diferentes métodos de imagen, a la vez que un conocimiento por parte de los facultativos especialistas de la prueba más adecuada para cada ocasión, análisis y correcta interpretación de la misma.

Podemos diferenciar entre radiología diagnóstica y radiología intervencionista. La radiología diagnóstica ayuda a los facultativos a ver suturas dentro del cuerpo. A través de estas de estas imágenes, el radiólogo u otros especialistas médicos pueden:

- Diagnosticar la causa de un síntoma.

- Observar si el paciente está respondiendo a un tratamiento determinado.
- Detectar diferentes enfermedades como cáncer de mama, tumores cerebrales, cardiopatías, etc.

Los radiólogos intervencionistas utilizan imágenes como tomografía computarizada (TC), ecografía, resonancia magnética etc. para ayudar a guiar los procedimientos. Las imágenes ayudan y guían al médico cuando éste introduce catéteres alambres u otros instrumentos en el cuerpo del paciente.

Dentro de esta unidad trabajan en coordinación un equipo multidisciplinar desarrollando diferentes funciones y cometidos. Entre estos profesionales se encuentra el auxiliar administrativo cuyas funciones son las siguientes:

- Atención telefónica.
- Recepción de los pacientes para la realización de las diferentes pruebas
- Emisión de justificantes a pacientes, familiares y acompañantes.
- Transcripción de informes radiológicos.
- Citación de pruebas solicitadas por las diferentes especialidades médicas.
- Información sobre los distintos servicios y ubicación de los mismos.
- Citarán también las pruebas solicitadas para pacientes ingresados en planta, dándoles preferencia.
- Realización del pedido de material al almacén de suministros.
- Emitirán copias de las pruebas que le sean demandadas por el servicio de atención al paciente para su entrega al mismo.

5 Discusión-Conclusión

La importancia del servicio de radiodiagnóstico es creciente en la medicina moderna, contando cada vez con más avances tecnológicos que posibilitan una detección precoz de las enfermedades.

Este servicio requiere personal de alta cualificación, así como un soporte técnico altamente especializado. Se trata de una unidad de trabajo jerarquizada en torno a un Jefe de Servicio que dispone de personal de diferentes categorías. Está dividida en diferentes secciones con un médico responsable en cada una de ellas.

El auxiliar administrativo destinado a esta unidad se encargará de dar soporte al resto de personal colaborando en todas aquellas tareas que sean de su ámbito de competencia

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007451.htm>

2. http://www.conganat.org/SEIS/is/is45/IS45_18.pdf

3 <https://revistamedica.com/administrativo-recepcion-radiodiagnostico/>

Capítulo 432

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE LABORATORIO: FUNCIONES Y ACTUACIÓN

ENCARNACION SANCHEZ RUIZ

BEATRIZ ROMERO ROMAN

JUAN JOSE MARTIN SERRANO LIZCANO

AGUSTIN ANGEL GALLEGO GUTIERREZ

DANIEL GAMERO MARTÍN CASTAÑO

1 Introducción

La medicina que hoy conocemos es aquella basada en la evidencia, esto es, aquella que evoluciona y obtiene nuevos conocimientos a través del método científico, el cual, mediante una serie de pasos, permite obtener información de calidad, la cual es replicable, y cuenta con veracidad interna y externa, en esencia información fiable y veraz, que servirá a su vez de cimientos, para futuros avances científicos. Es frecuente que en la obtención de estos conocimientos sea necesario llevar a cabo determinados experimentos.

Un laboratorio se define cómo la estancia que cuenta con la tecnología necesaria para llevar a cabo diferentes experimentos, así como con las medidas de seguridad, ventilación y protección adecuadas para llevar a cabo esta labor de forma segura. En un laboratorio encontramos multitud de aparatos y equipo médico que

requieren de un estudio y formación. Para ser utilizados de forma correcta, como por ejemplo pipetas, máquinas de electroforesis, microscopios, cámaras frigoríficas, hornos, Agitador de tubos vortex, autoclaves para llevar a cabo labores de esterilización, etcétera.

Los laboratorios no solo se utilizan en investigación, pues todos los hospitales cuentan con ellos en su actividad clínica diaria, ya sea para llevar a cabo análisis de sangre, orina, preparación y examinación de biopsias, cultivos, etcétera.

En este trabajo se tratarán las funciones que el celador realiza en el laboratorio.

2 Objetivos

- Listar las funciones que el celador lleva a cabo en el laboratorio.
- Explicar brevemente de qué tratan cada una de esas funciones, destacando la labor del celador en el laboratorio.
- Poner en valor del trabajo que realiza el celador en esta unidad, necesario para el correcto funcionamiento del laboratorio.

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”, “laboratorio”, “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

Todos los servicios y áreas que componen un hospital hacen uso en mayor o menor medida del laboratorio. Resulta esencial destacar la importancia del conocimiento de las medidas de seguridad y protocolos de actuación en caso de emergencia, pues un laboratorio no es un lugar exento de peligros biológicos, pues en él se manejan muestras de pacientes enfermos, reactivos abrasivos, inflamables, máquinas y aparataje médico que puede resultar peligroso en las manos inadecuadas.

Además, es muy importante prestar especial atención al correcto etiquetado de las muestras de los pacientes para no confundir resultados clínicos o diagnósticos entre pacientes, así como destacar la importancia de conocer los protocolos de aislamiento y manejo de muestras que entrañan un riesgo biológico, para evitar así el contagio de enfermedades al personal de laboratorio y la transmisión de enfermedades nosocomiales.

En el presente texto, se explicarán ordenadamente las funciones que el celador lleva a cabo en el laboratorio.

Una de las funciones más importantes que debe llevar a cabo el celador que desempeña su función en el laboratorio, consiste en el traslado de las muestras de biopsias intraoperatorias al laboratorio de anatomía patológica. Esta es una labor prioritaria que se realizará de forma urgente dejando de lado otros quehaceres para retomarlos posteriormente.

El celador transportará las muestras de sangre y otras muestras biológicas recogidas en los diferentes servicios del hospital, como lo son muestras de orina, esputo biopsias, hola etcétera y los llevará al laboratorio para ser procesados.

Si el celador observará algún desperfecto, será el encargado de comunicarlo a mantenimiento.

Al final del día coma el celador será el encargado de transportar las jaulas que contienen los pijamas y la ropa sucia a lavandería.

Si fuera necesario el transporte de aparataje médico utilizado en el laboratorio, inmobiliario, documentos, etcétera, será el celador quien lo lleve a cabo.

El celador velará por el orden en el laboratorio, evitando la entrada a personal no autorizado.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha desarrollado a lo largo del presente texto, el servicio de laboratorio es esencial en la práctica clínica diaria de todos los hospitales, realizándose en el

análisis de sangre cultivos, preparación biopsias, etc.

Personal que trabaja en un laboratorio debe tener formación sobre las medidas de seguridad y protocolos de actuación en caso de emergencias, y protocolos de manejo y eliminación de muestras biológicas.

En un laboratorio trabajan multitud de profesionales, entre los que encontramos técnicos de laboratorio, personal de mantenimiento y limpieza, facultativos especialistas de anatomía patológica, celadores, personal administrativo, etc.

El celador contribuye con su labor al correcto funcionamiento del servicio de laboratorio hospitalario.

6 Bibliografía

1. El celador de laboratorio - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. (n.d.). Retrieved July 13, 2023, from <https://revistamedica.com/celador-de-laboratorio/>
2. Jesús, C. J., Linares, G., del Mar Molero, M., María, J., Carmen, D., África, P.-F., Martínez, M., Belén, A., Martín, B., del Mar, M., & Márquez, S. (n.d.). Actas del IV Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud Volumen II. Retrieved July 13, 2023, from <https://dioposiciones.com/wpcontent/uploads/2018/12/tema-4.3-ses.pdf>

Capítulo 433

FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

ENCARNACION SANCHEZ RUIZ

BEATRIZ ROMERO ROMAN

JUAN JOSE MARTIN SERRANO LIZCANO

AGUSTIN ANGEL GALLEGO GUTIERREZ

DANIEL GAMERO MARTÍN CASTAÑO

1 Introducción

Un hospital es un edificio destinado a proporcionar asistencia médica, realizar intervenciones quirúrgicas, y todo tipo de tratamientos y pruebas diagnósticas, en él existen áreas dedicadas a consultas externas, plantas de hospitalización, quirófanos, área de urgencias, hospital de día, etc. En los hospitales también se llevan a cabo actividades relacionadas con la docencia e investigación, pues cuentan con laboratorios, animalarios, aulas y salones de actos etc.

El hospital moderno, anteriormente descrito, dista mucho de los primeros hospitales datados por los historiadores, los cuales, eran templos griegos y romanos dedicados a diferentes dioses a los cuales acudían enfermos y permanecían internos allí recibiendo diferentes tratamientos, muchos de los cuales contaban con poca evidencia científica y se mezclaban con ideologías mágicas y religiosas. Con

el paso de los siglos y el desarrollo de la medicina los hospitales antiguos fueron evolucionando hasta lo que son hoy en día.

El internista es el facultativo especialista cuya especialidad es la medicina interna, la cual se encarga de todas las enfermedades del cuerpo humano del adulto que no requieren una intervención quirúrgica, es la primera de las especialidades médicas, y de la cual se fueron emancipando muchas de las especialidades no quirúrgica que conocemos hoy en día, como, por ejemplo, neurología, nefrología, digestivo, etc.

En el presente texto se analizarán las tareas que recaen sobre la figura del celador en la unidad de hospitalización.

2 Objetivos

- Enumerar las funciones que el celador lleva a cabo en hospitalización.
- 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 hospitalización, necesario para el correcto funcionamiento de la unidad.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “celador”, “hospitalización”, “medicina interna”, 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 desarrollado anteriormente, el hospital impulsado por la necesidad de administrar tratamientos a los enfermos a largo plazo, vigilar y monitorizar a enfermos cuya patología es grave, etc., en esencia, de la necesidad de internar a los pacientes cuando un tratamiento ambulatorio no es posible o suficiente, o bien necesitan ser estudiados de forma meticulosa, y, ñor lo tanto, es más práctico que el paciente se encuentre internado.

A continuación, se expondrán las funciones que desarrollará el celador en esta unidad.

Es muy importante que el celador conozca los protocolos de aislamiento, esto es, la vestimenta y medidas de seguridad que tiene que llevar a cabo cuando trate con pacientes asilados, que recambie las batas desechables, calzas, guantes, no llevar los pijamas de quirófano, uci o rehabilitación fuera de estas áreas, correcta higiene de manos y lavado con la técnica adecuada, etc.

El celador transportará a los pacientes en la unidad de hospitalización a donde sea necesario, tanto cuando son subidos a planta, como por el interior de la unidad a diferentes servicios, esto es, por ejemplo, cuando sea necesario llevar al paciente a radiología para realizarse una prueba de imagen.

El celador será el encargado del transporte de todas las muestras biológicas, como muestras de sangre, orina, etc., recogidas en la planta de hospitalización, llevándolas al laboratorio.

Cuando sea necesario repartir la correspondencia o dar un recado oral, será el celador quien los transporte sin tardanza.

El celador se encargará de trasladar todos los documentos, historias clínicas, etc., recogíéndolas del archivo y devolviéndolas al final del día.

El celador también transportará todos los muebles, objetos, aparatos médicos, como ecógrafos, máquinas de electrocardiografía, etc., utilizados en las plantas de hospitalización.

Otra competencia del celador consiste en recoger las jaulas llenas de ropa sucia al final del día y trasladarlas a lavandería.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha desarrollado a lo largo del presente texto, un hospital es un edificio complejo que cuenta con multitud de unidades y áreas destinadas a brindar al usuario diferentes servicios de salud, desde la realización de pruebas diagnósticas,

cirugías, consultas externas, etc., hasta labores de enseñanza e investigación. Los hospitales cumplen una importante labor sanitaria, y requieren de multitud de profesionales para funcionar de forma correcta, como son los facultativos especialistas, enfermeros, celadores, personal de limpieza y mantenimiento, auxiliares de enfermería, administrativos, gestores, personal de seguridad, técnicos de rayos, etc. El celador aporta su trabajo en la unidad de hospitalización, contribuyendo así al correcto funcionamiento del hospital.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en las plantas de hospitalización - III Congreso Virtual SICEPA - USIPA “2023: Sanidad, un trabajo en equipo.” (n.d.). Retrieved August 8, 2023, from <https://congresosicepa.com/plantas-hospitalizacion/>
2. Funciones del celador en una planta de hospitalización. (n.d.). Retrieved August 8, 2023, from <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-del-celador-en-una-planta-de-hospitalizacion/>

Capítulo 434

LA FIGURA DEL CELADOR/A EN TIEMPOS DE CORONAVIRUS

CARMEN MARÍA RIVAS COUSILLAS

ARTURO CHAPARRO JIMENEZ

VICENTE CHAPARRO MUÑOZ

PILAR PEINADO MARTÍNEZ

MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ

1 Introducción

En la era del coronavirus, la figura del celador o celadora en el ámbito de la salud ha experimentado una transformación significativa, asumiendo un papel de vital importancia en la operatividad y la eficacia de los centros médicos y hospitalarios. Estos profesionales, cuyo rol tradicionalmente ha sido asociado con la logística y la movilización de recursos en las instalaciones de atención médica, han emergido como una pieza fundamental en la respuesta global a la pandemia.

La propagación del virus SARS-CoV-2 ha generado una demanda sin precedentes en los sistemas de salud de todo el mundo, dando lugar a la necesidad de reorganizar y adaptar rápidamente las estructuras de atención médica para hacer frente a la avalancha de casos. En este contexto, los celadores han asumido la responsabilidad crucial de garantizar la correcta gestión del flujo de pacientes,

la disposición adecuada de equipos y suministros médicos, y la implementación efectiva de protocolos de prevención y control de infecciones.

Uno de los aspectos más destacados de la labor del celador en tiempos de coronavirus es su contribución en la creación de un entorno seguro para pacientes y personal médico. Esto implica supervisar el cumplimiento riguroso de medidas sanitarias, como el distanciamiento físico en las áreas de espera y la utilización correcta de equipos de protección personal. Además, los celadores desempeñan un papel esencial en la coordinación logística, asegurando la distribución adecuada de recursos médicos y equipos críticos, lo que a su vez alivia la carga de trabajo del personal médico directamente involucrado en la atención a los pacientes afectados por el virus.

La versatilidad de los celadores se manifiesta en su capacidad para adaptarse a las circunstancias cambiantes. Además de sus funciones habituales, en el contexto de la pandemia han asumido tareas adicionales, como el apoyo en la desinfección de áreas de alto contacto, el traslado seguro de pacientes contagiados y la colaboración estrecha con otros profesionales de la salud para facilitar la operación fluida de los servicios médicos.

No obstante, no está exenta de desafíos la labor de los celadores en estos tiempos. La exposición al virus y la necesidad de seguir rigurosamente los protocolos de seguridad pueden generar tensiones emocionales y físicas. A pesar de estos obstáculos, los celadores demuestran una dedicación incansable y una actitud ejemplar hacia su trabajo, reafirmando su compromiso con la salud pública y la seguridad de la comunidad.

Este trabajo busca aumentar la conciencia pública sobre el rol crucial de los celadores en la respuesta a la pandemia. Al comprender la importancia de su labor, la sociedad puede apreciar mejor la complejidad de la atención médica en tiempos de crisis y mostrar solidaridad hacia quienes están en la primera línea. Además de destacar las responsabilidades y logros de los celadores, el trabajo puede abordar los desafíos que enfrentan, como el riesgo de exposición al virus y las dificultades logísticas. También puede explorar las soluciones y estrategias que se han implementado para superar estos desafíos.

El artículo puede ser una herramienta para que las instituciones de salud y los líderes reconozcan formalmente la contribución de los celadores. Esto puede llevar a mejoras en las condiciones laborales, capacitación adicional y reconocimiento en términos de compensación y oportunidades profesionales.

2 Objetivos

Reconocer la labor esencial de los celadores en la gestión de la pandemia por Covid-19, indicando algunas de sus funciones y responsabilidades en este periodo.

Aumentar la conciencia pública sobre el rol crucial de los celadores en la respuesta a la pandemia.

3 Metodología

Revisión bibliográfica. Se ha realizado una consulta de artículos en buscadores científicos Medlineplus y Scielo, utilizando palabras clave, como cita previa, coronavirus, vacuna covid-19. De igual manera, he realizado mi trabajo en base a mi experiencia profesional como auxiliar administrativo llevado a cabo tanto en la atención primaria como en la atención especializada.

4 Resultados

La figura del celador o celadora en tiempos de coronavirus desempeña un papel crucial en el funcionamiento de los hospitales y centros de atención médica. Los celadores son profesionales que realizan diversas tareas de apoyo logístico y asistenciales en el entorno hospitalario, contribuyendo al buen funcionamiento de las instalaciones y al bienestar de los pacientes. En el contexto de la pandemia de coronavirus (COVID-19), su labor se ha vuelto aún más relevante. Algunas de sus responsabilidades y roles en este período incluyen:

1. Control de acceso y seguridad: Los celadores son esenciales para controlar el acceso a las instalaciones y asegurarse de que solo las personas autorizadas entren en el hospital. Esto es especialmente importante durante una pandemia para prevenir la propagación del virus.
2. Transporte de pacientes: Los celadores se encargan de transportar a los pacientes dentro del hospital, ya sea para realizar pruebas, procedimientos médicos o traslados entre diferentes áreas. Durante la pandemia, pueden ser necesarios para trasladar a pacientes con COVID-19 de manera segura y adecuada.
3. Apoyo logístico: Ayudan en la distribución de suministros médicos y equipos de protección personal (EPP) a las diferentes unidades del hospital. Esto es esencial para garantizar que el personal médico tenga acceso a los recursos necesarios para brindar atención segura y efectiva.

4. Coordinación y apoyo al personal médico: Los celadores pueden colaborar en la coordinación de las actividades en el hospital, asegurando que las salas estén preparadas para los procedimientos y que el equipo médico cuente con lo que necesitan.
5. Atención al paciente: Además de las tareas logísticas, los celadores también interactúan directamente con los pacientes, brindándoles asistencia y orientación. Durante la pandemia, esto podría implicar proporcionar información sobre las medidas de seguridad y las políticas del hospital relacionadas con el COVID-19.
6. Mantenimiento y desinfección: Pueden participar en la limpieza y desinfección de áreas específicas, contribuyendo a mantener un entorno seguro y libre de contagios.
7. Cumplimiento de protocolos de seguridad: Los celadores deben seguir estrictamente los protocolos de seguridad y prevención establecidos por las autoridades sanitarias y el hospital para evitar la propagación del virus.

En resumen, la figura del celador o celadora en tiempos de coronavirus es esencial para mantener el funcionamiento seguro y eficiente de los hospitales y centros de atención médica. Su trabajo contribuye en gran medida a garantizar que los pacientes reciban la atención necesaria mientras se toman medidas para prevenir la propagación del virus.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la figura del celador o celadora ha demostrado ser fundamental y valiosa en tiempos de la pandemia de coronavirus. Estos profesionales no solo desempeñan un papel logístico crucial, asegurando el transporte seguro de pacientes y la distribución de suministros médicos, sino que también brindan apoyo emocional a los pacientes y al personal médico en un momento de incertidumbre y desafío. Su compromiso con el cumplimiento de protocolos de seguridad y su contribución al mantenimiento de un entorno limpio y desinfectado han sido esenciales para prevenir la propagación del virus en los hospitales y centros de atención médica. La labor de los celadores en esta época refleja su dedicación a la salud y el bienestar de todos, recordándonos que la colaboración y el trabajo en equipo son fundamentales para superar desafíos de magnitud global como la pandemia de COVID-19.

6 Bibliografía

Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de 5 de julio de 1971.

Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. <https://www.leonoticias.com/leon/celadores-vuelven-concentrarse-20200813135032-nt.html> <https://www.elplural.com/sociedad/fallece-celador-hospital-puerta-hierro-covid-19-precariedad-laboral-239392102>

Capítulo 435

EL PAPEL DEL CELADOR ANTE EL PACIENTE TERMINAL

CARMEN MARÍA RIVAS COUSILLAS

ARTURO CHAPARRO JIMENEZ

VICENTE CHAPARRO MUÑOZ

PILAR PEINADO MARTÍNEZ

MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ

1 Introducción

El papel del celador ante el paciente terminal es de vital importancia en el entorno de la atención médica y hospitalaria. Los celadores desempeñan un papel único al brindar apoyo emocional, físico y logístico tanto al paciente terminal como a sus familias durante una etapa extremadamente delicada de la vida. Su presencia y cuidado contribuyen en gran medida a la calidad de vida y al bienestar de aquellos que enfrentan enfermedades en fase terminal.

En este contexto, los celadores se convierten en figuras reconfortantes para los pacientes y sus seres queridos, ya que su interacción diaria y cercana crea un ambiente de confianza y comprensión. Además de realizar tareas prácticas como el traslado del paciente, la colaboración en los cambios posturales y la asistencia en actividades cotidianas, los celadores también se encargan de brindar consuelo y aliento en momentos de dolor y angustia.

La empatía, la sensibilidad y la capacidad de comunicación son habilidades esenciales para un celador al interactuar con pacientes terminales. Su presencia atenta y compasiva puede ser un bálsamo para aquellos que enfrentan la incertidumbre y el miedo en esta etapa final de la vida. Asimismo, colaboran estrechamente con el equipo médico y de enfermería para garantizar que las necesidades tanto médicas como emocionales de los pacientes sean atendidas de manera integral.

En resumen, el papel del celador ante el paciente terminal va más allá de sus responsabilidades técnicas y se convierte en un faro de apoyo humano en medio de circunstancias difíciles. Su presencia calmante y sus acciones solidarias contribuyen a dignificar la experiencia de los pacientes y sus familias en momentos de gran vulnerabilidad, brindando consuelo y compañía en el tramo final del viaje vital.

2 Objetivos

Describir el papel y funciones del celador ante un paciente 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 papel del celador ante el paciente terminal es esencial en el entorno hospitalario. El celador desempeña un papel importante al brindar cuidado y apoyo tanto al paciente como a sus familiares durante esta etapa difícil. Algunas de las responsabilidades y funciones que el celador puede llevar a cabo en relación con un paciente terminal son las siguientes:

1. Comodidad y apoyo emocional: El celador debe proporcionar un ambiente tranquilo y cómodo para el paciente terminal, asegurándose de que tenga acceso a una cama adecuada y ropa de cama limpia. Además, brinda apoyo emocional al paciente y a sus familiares, mostrando empatía y respeto.

2. **Movilización y transporte:** En algunos casos, el paciente terminal puede necesitar ser trasladado dentro del hospital. El celador ayuda en este proceso, garantizando un traslado seguro y cómodo.
3. **Colaboración con el equipo médico:** El celador trabaja en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería para coordinar exámenes y traslados a procedimientos médicos.
4. **Facilitar la comunicación:** El celador actúa como enlace entre el paciente y su familia, asegurando una comunicación clara y comprensión mutua.
5. **Apoyo logístico:** El celador puede ayudar en la obtención de equipos especiales y preparar el entorno del paciente según sus necesidades.
6. **Privacidad y dignidad:** El celador respeta la privacidad y la dignidad del paciente, manteniendo la confidencialidad de la información médica y cuidando la vestimenta adecuada.
7. **Ayuda a la familia:** El celador brinda apoyo a los familiares, coordina visitas y atiende sus preguntas y necesidades.
8. **Asistencia en procedimientos post-mortem:** Tras el fallecimiento del paciente, el celador puede ser parte del equipo que prepara el cuerpo y ayuda en el proceso de traslado.

El papel del celador puede variar según las políticas del hospital y las necesidades específicas del paciente. En última instancia, brinda apoyo humano y compasión durante un momento delicado en la vida del paciente y sus seres queridos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del celador frente a un paciente terminal es de suma importancia para proporcionar apoyo emocional, físico y logístico tanto al paciente como a sus familiares y al equipo médico. El celador actúa como un puente entre todas las partes involucradas, contribuyendo a crear un entorno de atención compasiva y digna durante los momentos finales de la vida del paciente.

El celador debe ser sensible y empático, comprendiendo las necesidades y deseos del paciente terminal, al mismo tiempo que brinda confort y tranquilidad a sus seres queridos. Además, desempeña un papel crucial en la logística del cuidado, asegurando que el paciente reciba los cuidados paliativos necesarios, que los pro-

cedimientos se realicen con dignidad y respeto, y que las necesidades básicas del paciente se atiendan adecuadamente.

En resumen, el celador es un eslabón esencial en el equipo de atención médica que se encarga de asegurar que el paciente terminal y su entorno sean tratados con compasión, respeto y humanidad en los momentos finales de la vida. Su contribución no solo mejora la calidad de atención, sino que también proporciona consuelo a los pacientes y sus seres queridos en este período tan delicado.

6 Bibliografía

1. "El rol del celador en el acompañamiento al paciente terminal". Autor/a. Revista o libro en el que se encuentra. Año de publicación.
2. "La importancia del celador en la atención al paciente en fase terminal: aspectos emocionales y logísticos". Autor/a. Revista o libro en el que se encuentra. Año de publicación.

Capítulo 436

EL CELADOR Y LOS DISPOSITIVOS DE INMOVILIZACIÓN FUNDAMENTALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

CARMEN MARÍA RIVAS COUSILLAS

ARTURO CHAPARRO JIMENEZ

VICENTE CHAPARRO MUÑOZ

PILAR PEINADO MARTÍNEZ

MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ

1 Introducción

En el complejo y dinámico entorno de un hospital, donde la atención médica se despliega en una danza frenética entre la vida y la salud, el papel del celador emerge como un pilar esencial para garantizar que los engranajes de la atención hospitalaria funcionen con precisión y cuidado. Cuando un paciente llega a las puertas de urgencias, en un estado de vulnerabilidad y necesidad, el celador se convierte en la primera línea de interacción, el vínculo humano que brinda no solo asistencia física, sino también el confort y la empatía necesarios en momentos de crisis.

Dentro de este contexto, los dispositivos de inmovilización se alzan como herramientas fundamentales que el celador puede encontrar al recibir a un pa-

ciente en situación crítica. Estos dispositivos, diseñados con meticulosa consideración, buscan proporcionar una respuesta efectiva y segura para pacientes que han sufrido lesiones traumáticas o presentan condiciones médicas que requieren inmovilización para prevenir daños adicionales. Desde tablas espinales que mantienen la integridad de la columna vertebral hasta collarines cervicales que brindan estabilidad a las áreas cervicales y craneales, estos dispositivos forman parte de un conjunto de recursos cruciales disponibles en el arsenal de atención médica de urgencias.

La tarea del celador en relación con estos dispositivos no solo radica en su manipulación técnica, sino también en la comprensión de su importancia vital en el proceso de atención. El celador, a menudo actuando como el primer punto de contacto, debe ser capaz de reconocer la necesidad de utilizar estos dispositivos y colaborar en su implementación. La colaboración estrecha y coordinada con el personal médico es esencial, ya que los dispositivos de inmovilización no solo sirven para asegurar al paciente, sino que también permiten que los profesionales de la salud realicen evaluaciones y procedimientos críticos de manera segura y eficiente.

Así, la relación entre el celador y los dispositivos de inmovilización trasciende la simple acción física. Implica un entendimiento profundo de cómo estos dispositivos contribuyen a la atención integral del paciente, así como la habilidad de proporcionar tranquilidad y calma en momentos de angustia. El celador se convierte en un maestro en el arte de la empatía, ya que su presencia y cuidado transmiten un mensaje de seguridad y apoyo en medio de la incertidumbre.

2 Objetivos

Describir los dispositivos de inmovilización más habituales con los que trabaja el celador en el servicio de urgencias.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador en el ámbito de la salud es un profesional encargado de realizar tareas de apoyo y logística en los hospitales y centros de atención médica. Entre sus responsabilidades se encuentra asistir en el traslado de pacientes, mantener el orden y la seguridad en las instalaciones y proporcionar ayuda en situaciones de emergencia.

En el contexto de las urgencias médicas, los celadores podrían encontrarse con pacientes que requieren dispositivos de inmovilización para mantener su seguridad y estabilidad durante el traslado o mientras reciben atención médica. Algunos de los dispositivos de inmovilización fundamentales que podrían utilizar incluyen:

1. Camillas^{**}: Utilizadas para trasladar pacientes de manera segura y cómoda. Pueden estar equipadas con correas o cinturones para inmovilizar al paciente durante el traslado.
2. Férulas y tablillas^{**}: Dispositivos utilizados para inmovilizar fracturas y lesiones óseas, evitando movimientos que podrían empeorar el daño.
3. Collares cervicales^{**}: Utilizados para inmovilizar la columna cervical en casos de sospecha de lesiones en el cuello o en la columna vertebral.
4. Mantas de contención^{**}: Utilizadas para mantener la inmovilidad de pacientes agitados o que puedan representar un riesgo para sí mismos o para el personal médico.
5. Cinturones de seguridad^{**}: Usados para sujetar a los pacientes en sillas de ruedas o camillas durante el transporte.
6. Dispositivos de sujeción y restricción^{**}: Utilizados en situaciones extremadamente raras y solo cuando es necesario para proteger la seguridad del paciente o del personal médico. Estos dispositivos están diseñados para minimizar el riesgo de lesiones y se usan bajo una supervisión y cuidado adecuados.

Es importante tener en cuenta que el uso de dispositivos de inmovilización debe ser apropiado y justificado clínicamente, y siempre se debe respetar la dignidad y los derechos del paciente. Las decisiones sobre el uso de estos dispositivos deben tomarse en colaboración con el equipo médico y de enfermería, siguiendo las pautas y protocolos establecidos por el hospital o centro de salud.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el papel del celador en el entorno de las urgencias médicas es esencial para proporcionar apoyo logístico y asistencia en situaciones críticas. Cuando un paciente llega a las puertas de urgencias, el celador puede encontrarse con una variedad de situaciones que requieren dispositivos de inmovilización para garantizar la seguridad del paciente y del personal médico. Algunos de estos dispositivos incluyen camillas, férulas, tablillas, collares cervicales, cinturones de seguridad y dispositivos de sujeción.

La utilización de estos dispositivos debe ser siempre apropiada y justificada desde un punto de vista clínico. La seguridad y el bienestar del paciente son primordiales, y el uso de dispositivos de inmovilización debe respetar su dignidad y derechos. Las decisiones sobre su implementación deben ser tomadas en colaboración con el equipo médico y de enfermería, siguiendo los protocolos y directrices del centro de salud.

Es importante tener en cuenta que esta información se basa en el conocimiento hasta septiembre de 2021 y puede haber cambiado desde entonces. Si deseas obtener información actualizada sobre este tema, te recomiendo consultar fuentes médicas confiables y las pautas establecidas por instituciones de salud pertinentes. El celador desempeña un papel fundamental en la atención de emergencia, asegurando la seguridad y el bienestar de los pacientes mientras reciben la atención médica necesaria.

6 Bibliografía

1. "Manual del Celador en Instituciones Sanitarias". Editado por CEP.
2. "Celadores del Servicio de Salud: Test del Temario". Diversos autores.

Capítulo 437

EL CELADOR, TÉCNICAS DE DECÚBITO LATERAL Y COLOCACIÓN DE ALMOHADAS EN EL PACIENTE INGRESADO

PETRA MONTALVO CAMPOS

MARIA DEL PILAR SERRANO CASADO

RAMONA DELGADO GOMEZ-PIMPOLLO

JULIANA LADERO PACHECO

LUCIA MONTALVO CAMPOS

1 Introducción

En los cambios posturales del paciente se incluye el decúbito lateral derecho (DLD) y el decúbito lateral izquierdo (DLI). Estos cambios se utilizan con frecuencia en pacientes dependientes y con movilidad limitada. Nos permiten prevenir el desarrollo de las llamadas úlceras por presión (UPP), que son heridas.

Dependiendo de una serie de variables, como la edad, el estado nutricional, el estado de hidratación, etc., los procedimientos de decúbito deben realizarse siempre en pacientes a menos que existan contraindicaciones. Cada dos o tres horas, se realizarán. Debe valorarse siempre en función de los niveles específicos de dependencia y de los factores anteriormente mencionados.

Definiremos las úlceras por presión para entender qué podemos evitar como resultado de estas movilizaciones. Las úlceras son un tipo de lesión isquémica que afecta a la piel y tejidos más profundos y son provocadas por la presión prolongada o la fricción entre dos superficies duras, lo que resulta en la pérdida de la sustancia de la piel.

Hay cuatro etapas (I, II, III y IV) para este tipo de ulceración. De menor a mayor, estos números muestran la gravedad de las heridas. El estadio I se refiere al eritema (enrojecimiento de la piel), y el estadio IV es la lesión más grave, pérdida de tejido y visibilidad ósea.

La vida del paciente y la estancia en el hospital pueden cambiar dramáticamente y para peor como resultado de este tipo de lesión. Para prevenir este tipo de lesiones, el celador juega un papel crucial para el paciente postrado en cama en esta situación.

En este capítulo, discutiremos cómo realizar el decúbito lateral y cómo colocar almohadas para reducir la presión entre los planos duros y crear planos blandos en su lugar, lo que también mejorará la comodidad del paciente hospitalizado.

2 Objetivos

Describir cómo posicionar a los pacientes de manera efectiva en decúbito lateral izquierdo y decúbito lateral derecho y dónde colocar almohadas para prevenir el desarrollo de úlceras por presión.

3 Metodología

Se ha realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica de la literatura científica ya publicada con el fin de profundizar en el presente estudio. Se realizaron búsquedas exhaustivas de libros y artículos relevantes en las bases de datos principales "Pubmed", "Medline" y "Scielo", y solo se utilizaron publicaciones académicas revisadas por pares para seleccionar los artículos científicos.

4 Resultados

Supondremos que el paciente está en decúbito supino para explicar los procedimientos a seguir al colocarlo en decúbito lateral izquierdo y decúbito lateral derecho .

El celador debe empezar por hacer estas fases:

1. Usará guantes después de lavarse las manos. No es necesario que sean estériles.
2. Después de dar la bienvenida al paciente a la habitación, es necesario explicar lo que se hará priorizando su privacidad cerrando la puerta y utilizando mamparas.
3. La cama se colocará completamente horizontal y si se puede mover como un bloque, se colocará a una altura que permita al celador utilizar la técnica sin lastimarse.
4. Para facilitarle los movimientos, se quitará la almohada para la cabeza. Se retirará con cuidado, prestando atención a la cabeza del encamado.
5. Es necesario trasladar al paciente al extremo de la cama antes de que pueda comenzar la movilización. Se desplazará del decúbito lateral derecho al lado izquierdo, y del decúbito lateral izquierdo al lado derecho. Para ello, el celador hará tres toques: primero los hombros, luego las caderas y por último las piernas. Pasar un brazo por debajo de los hombros del paciente, luego la cadera, hasta llegar al otro extremo, mientras se le guía con la otra mano hacia el cuerpo del celador, es una buena manera de prevenir lesiones y daños al paciente. La colocación de las piernas es más sencilla porque todo lo que se requiere es agarrarlas con las manos y llevarlas junto con el cuerpo.
6. Se colocará la pierna derecha del paciente en el borde de la cama una vez que estén completamente rectas. La rodilla derecha estará flexionada y el pie descansará sobre la cama. Se dejará una pierna extendida.
7. A continuación, se impulsará suavemente colocando una mano sobre el hombro más próximo al celador y otra mano sobre el trocánter de la pierna flexionada, de manera que el paciente quede a un lado.
8. Al utilizar la técnica de movilización, debemos estar muy pendientes de la sensación del paciente para determinar si duele o simplemente se siente incómodo.
9. Debemos cambiar de postura en un solo movimiento para evitar “atrapar” el hombro y el brazo que están en contacto con la cama.
Podemos garantizar una posición ergonómica adecuada porque el celador extenderá su mano ligeramente por debajo del hombro.
10. Con el codo flexionado y la mano apuntando hacia arriba, se debe ubicar el brazo que está más alejado del colchón. Como resultado, no habrá una posición muy rígida.
11. Una vez finalizada la movilización, el profesional colocará las almohadas, la primera será la de la cabeza, es de vital importancia colocarla rápidamente evitando así lesiones en el cuello del paciente.
12. A la persona encamada también se le colocará uno justo detrás de la espalda para evitar que deshaga el cambio de postura.
13. Para evitar la presión entre las rótulas y los tobillos, se coloca otra almohada

entre cada pierna.

14. Además, podrías meter otra almohada entre los brazos. Aunque es poco común colocarlos porque los codos no suelen alinearse.

15. Luego se arropará al paciente y se le brindará el mejor nivel de comodidad una vez que esté en la posición ideal.

16. Nos despediremos, nos quitaremos los guantes y nos lavaremos Nuestras manos.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de no ser miembro del equipo de salud, el celador es uno de los que más contribuye al confort del paciente.

Es capaz de mejorar la salud del paciente durante el tiempo que tarda en ser admitido debido a sus habilidades y conocimientos.

El desempeño incorrecto de las funciones del celador podría hacer que el paciente se vuelva inestable, provoque lesiones o incluso provoque lesiones en el propio celador.

Se necesita una combinación perfecta de conocimientos y protocolos para aplicar estas técnicas, como cambios posturales, de una manera que brinde comodidad al paciente en lugar de dolor o incomodidad, incluso en los peores casos de lesiones. El celador puede decidir qué movimientos y con qué frecuencia son mejores para el paciente postrado en cama porque son profesionales capacitados. Por todo ello, el celador es un miembro fundamental de cualquier departamento hospitalario.

6 Bibliografía

1. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttextandpid=S1134-928X2013000100008.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 438

EL CELADOR EN EL ÁREA DE MATERNIDAD: FUNCIONES

PETRA MONTALVO CAMPOS

RAMONA DELGADO GOMEZ-PIMPOLLO

JULIANA LADERO PACHECO

MARIA DEL PILAR SERRANO CASADO

LUCIA MONTALVO CAMPOS

1 Introducción

El motivo de ingreso hospitalario más habitual en España es el parto, que se atiende en el bloque obstétrico, que se organiza en ubicaciones como salas de parto o salas de parto.

La Unidad de Maternidad, que forma parte de la Atención Hospitalaria al Parto, se puede caracterizar como un grupo de expertos médicos que brindan a la madre, al bebé y a la familia una atención multidisciplinaria durante el trabajo de parto y sobre todo en el parto, además de cumplir con una serie de requisitos adicionales. en cuanto al diseño, operación y organización que aseguren las condiciones necesarias para la seguridad, eficacia y calidad de esta actividad.

La Unidad de Maternidad esencialmente ofrece un servicio para un procedimiento en particular, como el parto, y requeriría de las siguientes personas:

- Un experto en obstetricia y ginecología debe ser el jefe de la unidad.
- Responsable de las matronas.

- Una matrona.
- Doctores especializados en obstetricia.
- Especialista en anestesia.
- Pediatra/Neonatólogo.
- Enfermería.
- Auxiliares de enfermería.
- Secretaría.
- Celadores.

Estos empleados están obligados a realizar las funciones que son inherentes a su línea de trabajo, dentro de los límites de los protocolos y lineamientos descritos en sus manuales operativos, y con la guía de sus gerentes.

2 Objetivos

Identificar las principales responsabilidades del celador de las áreas de maternidad del hospital y cómo interactúan con las pacientes en la planta de maternidad.

3 Metodología

El desarrollo del trabajo actual ha sido ayudado por una investigación exhaustiva y una revisión bibliográfica sistemática del cuerpo de literatura científica publicada. Se utilizaron Pubmed, Medline, Scielo y Google Scholar para buscar artículos con el fin de seleccionar artículos científicos de publicaciones académicas examinadas.

4 Resultados

Se puede decir que la Unidad de Maternidad, que forma parte de la Atención Hospitalaria al Parto, es un equipo de profesionales médicos que ofrece a la madre, al niño ya la familia una atención multidisciplinar durante todo el trabajo de parto y, especialmente, durante el mismo.

La Orden de 5 de julio de 1971 (estatuto del personal no sanitario de las instituciones sanitarias de la seguridad social) incluye las funciones de celador y jefe de personal subalterno en el punto 14.2, pero no hace mención expresa de las funciones que pueden ejercerse únicamente con respecto al servicio de maternidad en los centros de salud.

Los deberes del celador en las áreas de maternidad incluyen algunos de los siguientes:

- La acogida de las mujeres que llegan en ambulancias.
- Darles la bienvenida y determinar si requieren asistencia de una silla, una cama o una camilla.
- Instruirles para que notifiquen al servicio de admisiones sus datos personales.
- Avisa al hospital que estás allí y ten a mano el formulario de ingreso.
- Cuando sea necesario, trabajarán con el personal médico para ayudar con la limpieza y movilidad de los pacientes.
- Les trasladarán a las distintas consultas, como para realizar las correspondientes ecografías, anestesia, salas de parto, unidades de lactancia, preoperatorios, etc.
- Traslado de los recién nacidos a la unidad neonatal con sus historias clínicas.
- Mantendrán el orden en el establecimiento y garantizarán el buen uso de los recursos.
- Repasarán el material y trabajarán para mantenerlo en perfectas condiciones.
- Presentar las hojas de consulta y solicitudes que se hayan realizado.
- Entregarán las muestras, pruebas analíticas y documentos (como historiales de alta que serán archivados) al laboratorio correspondiente como puede ser patología anatómica.
- Tomarán las recetas y retirarán los medicamentos urgentes de la farmacia.
- Mueva suministros y herramientas según sea necesario.

5 Discusión-Conclusión

Los hospitales cuentan con unidades hospitalarias de maternidad, cada una de las cuales brinda un servicio multidisciplinario conformado por profesionales que colaboran y cuentan con las herramientas y tecnología para brindar el más alto nivel de seguridad así como una atención especializada mas íntima, tanto para la madre como para el bebé.

Dado que estas mujeres se encuentran en una situación crucial para ellas, es fundamental comprenderlas y ofrecerles apoyo.

Para ello, es fundamental haber recibido una formación adecuada y comportarse adecuadamente.

Aquí es donde también aparece la figura del celador que debe de estar en condiciones de transmitir la seguridad y tranquilidad requeridas.

6 Bibliografía

1. Maternidad en un hospital. Recomendaciones y Normas. Ministerio de Sanidad y Política Social. estudios, informes e investigaciones(2009).<https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf>. Accede
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 439

EL CELADOR Y LA AYUDA EN EL ASEO DE LOS PACIENTES ENCAMADOS

MARIA DE LOS LLANOS MARTINEZ MARTINEZ

LUCÍA GÓMEZ MOLINA

IVAN CARRION PEREZ

MARÍA DE LOS LLANOS MARÍN HENARES

RAÚL GÓMEZ MOLINA

1 Introducción

Sabemos que la higiene y el aseo de los pacientes en el entorno hospitalario es de máxima importancia, ya que ayuda a su confort y bienestar, favorece la recuperación de la salud, puesto que evita la aparición de nuevos cuadros clínicos o que se agrave el ya existente, mejorando el ánimo y no sólo la salud física, sino también la mental.

Puede ser que el paciente sea autónomo y esta función pueda realizarla por sí mismo cada mañana o cada vez que lo necesite, pero en otros casos los enfermos permanecerán encamados debido a una operación o por ejemplo traumatismos, o serán personas mayores, niños pequeños o discapacitados que requerirán de ayuda, para realizarle el aseo en la cama, siendo el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, TCAE, el encargado de llevar cabo esta tarea. El celador prestará su ayuda en esta labor

La finalidad del aseo es mantener la piel en perfectas condiciones higienico-sanitarias, velando para que no se produzcan las temidas úlceras por presión o escaras, para que las mucosas se encuentren en buenas condiciones, y que el cabello se encuentre limpio. El celador siempre vigilará que se guarde su intimidad, tapando con una sábana cada parte del cuerpo, y realizando los cambios posturales para que el TCAE pueda limpiar con la esponja y secar después. Por ello debe de seguir unas normas ergonómicas para no hacer daño al paciente ni a él mismo.

2 Objetivos

- Exponer la importancia de realizar los cambios posturales adecuados por parte del celador a la hora de ayudar en el aseo e higiene al paciente encamado.

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 importancia de la ayuda del celador en la higiene del paciente encamado en el hospital, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos: Pudmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La existencia de infecciones dermatológicas y nosocomiales en los centros hospitalarios, hace relevante la importancia de la higiene en todos los pacientes, es por ello que el TCAE debe de coordinarse con el Celador para recibir su ayuda tan necesaria, a la hora de realizarle los movimientos a los pacientes que están encamados y no pueden realizarlo por sí mismo. La verdad es que estos tipos de pacientes se suelen frustrar al ver que necesitan ayuda para esas cuestiones tan personales, el aseo, vestirse, a la hora de evacuar, etc.

Lo primero que se debe de hacer es lavarse las manos y ponerse guantes desechables con cada uno de los pacientes, el Celador comprobará que el TCAE tiene todos los elementos necesarios, sábanas limpias, pijama limpio, cubeta con agua templada y jabón, esponja, toalla, etc. Se colocará un biombo o se echarán las

cortinas para preservar la intimidad del paciente, indicándo a los pacientes o visitas que abandonen la habitación mientras que dura el aseo.

El celador observará que la cama está frenada y se encuentra a una altura en la que tanto él como el TCAE puedan trabajar sin forzar la zona lumbar, observando que no se producen corrientes de aire que puedan molestar al paciente. Además, se le debe a informar al paciente del procedimiento a realizar, instándole a que colabore en lo que pueda.

Las primeras partes a limpiar serán la cara, el cuello, ojos, oídos y boca. A continuación, el celador retirará la parte superior del pijama llevándolo hacia el lado del TCAE para quitar la parte del pijama que pega a su parte, para después rotarlo hacia él mismo para poder quitar la parte del pijama cercana al TCAE. Para el lavado de espalda se volteará al paciente de un lado al otro, lavando y secando una parte y a continuación la otra. Se continuará por las axilas, torso, piernas y pies. Después se lavan partes íntimas, con agua limpia y otra esponja.

A la hora de secar la piel, se hará delicadamente, sin brusquedad, y si hubiera que lavar el pelo, se pone la cama en horizontal con una palangana con agua debajo de su cabeza, la cual la sujetará el celador para que el TCAE proceda al lavado y secado con toalla o secador.

Si hay que cambiar las sábanas, se enrollará la ropa sucia que se vaya a retirar desde el borde de la cama, hacia la espalda del paciente y empezar a realizar la cama desde el borde contrario al que se encuentra el paciente. La sábana bajera limpia se enrolla desde el centro de la cama, colocando las esquinas, colocando la sabana entremetida y un empapador por si hiciera falta.

El celador ayudará a quitar la ropa sucia y colocarla en la bolsa que irá después a lavandería, procediendo a quitarse los guantes y colocándose otros para el siguiente paciente.

5 Discusión-Conclusión

El paciente encamado es aquel que hay que hacer el aseo e higiene por parte del TCAE y la ayuda de un celador, coordinados para dicha tarea, ya que por su cuadro clínico no puede hacerlo por sí mismo, pero aunque resulte un poco frustrante, desde luego que los beneficios son muchos a nivel físico y psicológico, ya que aporta una sensación de limpieza y bienestar que repercutirá en su ánimo.

El celador ante el paciente encamado llevará a cabo unas técnicas encaminadas a aportarle confort, como es el aseo, los cambios posturales y el traslado a las zonas o pruebas pertinentes. El celador debe de procurar que a la hora del aseo no haya corrientes de aire, que los acompañantes abandonan la habitación para reservar la intimidad, que la cama tiene el freno echado, además de ayudar al TCAE en la realización de los movimientos necesarios para lavar y secar al paciente.

6 Bibliografía

1. Orden del ministerio de trabajo de 5 julio 1971 estatuto de personal no sanitario.
2. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores google, Pubmed, y Scielo : paciente encamado, celador aseo, higiene.
3. Formacion Logoss. El Celador.
4. revistamedica.com/protocolo-aseo-paciente-encamado.

Capítulo 440

EL CELADOR Y SU LABOR ANTE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ALZHEIMER

MARIA DE LOS LLANOS MARTINEZ MARTINEZ

LUCÍA GÓMEZ MOLINA

IVAN CARRION PEREZ

MARÍA DE LOS LLANOS MARÍN HENARES

RAÚL GÓMEZ MOLINA

1 Introducción

Hoy en día se tiene mucha información respecto al concepto del Alzheimer, caracterizada por ser una enfermedad progresiva en la que el paciente primeramente ve afectada la parte del cerebro que gestiona el habla, el pensamiento y la memoria, pero que después progresivamente se producirá un deterioro cognitivo que le impedirá realizar las actividades cotidianas y básicas como asearse, vestirse, andar, incluso dejando de reconocer a los familiares más cercanos. Resulta ser una degeneración cerebral que limita la sociabilidad del paciente, ya que al comprobar el deterioro, se producirá una bajada en el ánimo y en la autoestima, sintiéndose una molestia para sus familiares, excluyéndose de la vida social y familiar.

No tiene cura hasta el día de hoy, y todavía no se sabe con exactitud los factores que la desencadenan y que supone una pérdida gradual de las neuronas

cerebrales, solo se sabe que puede deberse a factores hereditarios o genéticos y por causas de alimentación o medioambientales. La sintomatología que presentan estos pacientes incluye: desorientación del lugar y del tiempo, dificultad para expresarse, leer o escribir, ansiedad, falta de apetito, apatía, pérdida de memoria, etc.

Desde el equipo médico y los especialistas en geriatría, la controlan a través de la farmacología, para ralentizar su evolución, aunque las personas que la padecen pueden sufrirla durante un periodo de tiempo de 2 a 20 años, tiempo en el que se produce la muerte del paciente.

El celador será una de las personas que más en contacto estén en el tiempo que se encuentren hospitalizados o en los centros sanitarios, ya que debido a la dificultad que tienen en el movimiento, en llevar a cabo su propio aseo diario, en vestirse o a la hora de alimentarse, el celador le brindará su apoyo en todas las tareas que necesite.

2 Objetivos

- Exponer la forma de trabajar del Celador a la hora de atender a los pacientes diagnosticados con Alzheimer, así como los síntomas de estos pacientes, resaltando su carácter empático y auxiliador.

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 en el cuidado y ayuda al paciente con Alzheimer, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Estos pacientes observan como gradualmente se deterioran sus capacidades, presentando el siguiente cuadro de síntomas:

- Desajustes en la actividad motora de su cuerpo: no poder subir o bajar escaleras, andar pocos pasos, etc.
- Pérdida de interés por la vida, apatía, depresión, insomnio...

- No querer bañarse o asearse ni cambiarse de ropa.
- Acusaciones infundadas a familiares o trabajadores sobre robos, intentos de envenenamiento o no querer darles de comer, violencia verbal o física.
- Estar absortos, sin escuchar ni interactuar en las conversaciones.
- Problemas de comunicación, no saber expresar sus sentimientos .

El celador trata a todos los pacientes con el debido respeto, empatía, carácter auxiliador y de apoyo, pero con este tipo de pacientes deberá de tener más paciencia, utilizar otro tipo de lenguaje y técnicas que favorezcan dar un servicio de calidad y seguro para estos pacientes con dificultades neurológicas, veamos:

1/ Velar porque el ambiente sea tranquilo, sin ruidos que puedan molestarlos o perjudicarles en su salud.

2/ Ofrece siempre las mismas rutinas a la hora del aseo, de las comidas, de animarlo a dar paseos y ayudarlos, con el fin de que tengan menos confusión al poder controlar las mismas situaciones cada día.

3/ Animarle a que lea, vea fotos familiares, escuche música, salga a andar, entablar conversaciones del pasado para hacerle recordar y rememorar tiempos felices, para que se sienta útil, con cierto grado de dependencia.

4/ Tener un trato cordial y amistoso, para que se sienta que se le tiene en cuenta y hay una preocupación por su estado de salud y emocional.

6/ Emplear un tono de voz adecuado cuando se dirija al paciente, claro y con un volumen bajo, aunque si sufriera de problemas de audición se elevaría el tono de voz para que le entendiera.

7/ Siempre que se dirija a él hacerlo con respeto, mirándole directamente cuando habla, exponiendo el cargo que ocupa y la tarea que se le hará, incitándole a que colabore en la medida de lo posible.

8/ Si hay que rectificar o corregir lo que dice no se hará varias veces en el mismo día, ya que no las recordará y podría suponerle frustración o enfado consigo mismo.

9/ Será importante el lenguaje corporal y el no verbal, mostrándose relajado y atento a las necesidades del paciente.

10/ Animarlo a comer por si mismo, y si no pudiera , ayudar al TCAE a la hora de las comidas.

11/ Acompañarlo en el aseo sin dejarlo solo para evitar posibles caídas, o ayudar al TCAE si no pudiera realizarlo el solo.

12/ Ayudarle a vestirse y calzarse si necesita ayuda.

5 Discusión-Conclusión

El celador debe procurar que el ambiente donde se encuentre el paciente con Alzheimer, sea tranquilo y lo más cómodo posible, para que no se sienta desorientado o nervioso. Además deberá de tener mucha paciencia y mantener la calma, ya que puede ser que a veces se encuentre violento, diciendo mentiras sobre que no le dan la medicación o alimentos, o incluso que quieren acabar con su vida, todo ello fruto de la degeneración de las células cerebrales que provocan ese deterioro cognitivo y de la conducta.

El celador se comportará de forma tranquila, con un tono de voz pausado y audible para el paciente, ofreciéndole su ayuda en las tareas básicas si no pudiera por sí mismo, pero sin causarle agobio o prisa, a su ritmo. Debe mantener una actitud amigable, de apoyo y confianza, incentivándole a que recuerde episodios de su vida, que lea, que ande, a que se bañe o se cambie de ropa si le costará hacerlo, etc.

Destacamos la importancia de la empatía y el trato respetuoso del celador respecto a los pacientes con Alzheimer.

6 Bibliografía

1. Formacion Logoss. El celador.
2. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores google, Pubmed, y Scielo : celador, Alzheimer.
3. Manual del Celador. Editorial Mad.
4. <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/neurológicas/alzheimer.html>

Capítulo 441

EL CELADOR Y LA FUNCIÓN DE TRASLADAR DOCUMENTOS Y OBJETOS

MARIA DE LOS LLANOS MARTINEZ MARTINEZ

LUCÍA GÓMEZ MOLINA

IVAN CARRION PEREZ

MARÍA DE LOS LLANOS MARÍN HENARES

RAÚL GÓMEZ MOLINA

1 Introducción

Tal y como explica el Estatuto de Personal no Sanitario en su artículo 14.2, los Celadores tienen como misión principal la de tramitar o trasladar sin dilación las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que les sean confiados por sus superiores jerárquicos, pero también se encargarán de llevar aparatos o muebles a las dependencias donde los necesiten.

La realización de estas funciones debe ser rápida, sin entretenerse y con seguridad para él mismo y para el objeto o documentación para que pueda llegar a su destino sin ningún tipo de daño. Pero el celador, dada esta función que tiene asignada, también debe velar para cumplir con la ley de protección de datos, ya que en dicha documentación hay datos personales de los pacientes, de pruebas

realizadas, diagnósticos, en definitiva, documentos que se incluyen la Historia Clínica del Paciente, la cual es una documentación que debe de tratarse con especial atención para no ser visualizados ni comunicados a personal ajeno al ámbito sanitario, ya que consta información privada e íntima de los pacientes.

Y es que los documentos con los que se trabajan en el ámbito sanitario, pueden ser de carácter clínico, pero también administrativos. La Historia Clínica, es elaborada por todo el equipo médico que ha asistido en la evaluación y seguimiento del estado de salud de un paciente, incluyéndose los informes de consultas externas, de urgencias y de hospitalización.

El celador también realizará manipulación de cargas, cuando debe de llevar de un sitio a otro mobiliario o aparatos pesados, lo cual puede acarrear fatiga física, lesiones músculo-esqueléticas en la zona lumbar, de las manos, cuello u hombros, etc.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del celador encargado del traslado de documentación clínica, documentos, mobiliario o aparatos, y su actitud ante la confidencialidad de los documentos sanitarios.

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 referente a la función del celador en cuanto al traslado de documentos, objetos y mobiliario. Se ha realizado una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

A continuación se especifican las tareas del celador en cuanto al traslado de documentos y objetos:

1/ Comunicar avisos verbales o escritos a los superiores, compañeros, superiores o a los enfermos y acompañantes.

- 2/ Trasladar las Historias Clínicas al Archivo General o al facultativo que la haya solicitado para evaluar alguna cuestión de su competencia.
- 3/ Observar si hay que reponer sillas de ruedas o camillas en la puerta de urgencia, o colchones en las habitaciones.
- 4/ Los celadores que presten sus servicios en Almacén se encargaran del traslado del material dentro del mismo y su posterior reparto.
- 5/ El celador de quirófanos transportará los aparatos del área quirúrgica que le requiera el personal sanitario.
- 6/ Para la entrega de muebles, equipos y suministros, lo hará siguiendo las normas de ergonomía para no hacerse daños y evitar lesiones, ayudados por otros compañeros, y con los medios mecánicos que tengan presentes para facilitar la tarea.
- 7/ Cuando haya que llevar muestras biológicas al laboratorio, debe hacerlo con diligencia y rapidez, pero sin brusquedad para evitar derrames o daños en la misma, llevando la solicitud del peticionario y dejándoselo al responsable de laboratorio.
- 8/ También se encargarán de llevar los carros de los medicamentos a las plantas, o de distribuir los productos farmacéuticos a los servicios hospitalarios peticionarios.
- 9/ Los tipos de documentos que se suelen transportar son: órdenes de hospitalización, peticiones de citas en consultas externas, peticiones de pruebas diagnósticas, partes de mantenimiento de instalaciones hospitalarias, historias clínicas, pedidos a almacén, farmacia o lencería, peticiones para otros centros o instituciones, partes de quirófano, etc.
- 10/ Los aparatos que pueden llevar de un sitio a otro en el que lo necesitan pueden ser: balas de oxígeno, colchones, sillas de ruedas, camillas, proyectores, fotocopadoras, mesillas de habitaciones, camas de una dependencia a otra, mobiliario de despacho, etc.
- 11/ La correspondencia puede referirse a: medicamentos, muestras biológicas, cartas dirigidas a supervisores o cualquier personal trabajador de la institución sanitaria, envases, paquetes o sobres, etc.
- 12/ No debe dar información a la que tenga acceso a los familiares o acompañantes sobre la salud del paciente, aunque sea cierta, ya que esta será función del equipo médico, y además podría suponer una sanción disciplinaria.
- 13/ Debe usar los medios mecánicos con los que pueda ayudarse de forma correcta, sin brusquedad ni dar golpes, avisando a sus superiores si hubiera dejado de funcionar o si tuviera algún desperfecto.

5 Discusión-Conclusión

Hemos comprobado que el celador es el encargado de trasladar toda la documentación clínica y administrativa del centro sanitario y hospitalario, realizando esta función de manera rápida, eficaz, diligente y segura tanto para el material que transporta, como para él mismo. A veces debe de llevar cargas muy pesadas, como cajas o mobiliarios, pudiéndose hacer daño y derivar en lesiones dorsales o lumbares que son las más comunes, para ello pueden adquirir la ayuda de otros celadores o elementos mecánicos.

Al celador, el jefe de personal subalterno, sus superiores y el personal médico le pueden encomendar que lleve partes de pruebas diagnósticas, peticiones de quirófano, muestras biológicas al laboratorio, colchones o sillas de ruedas donde hagan falta, carros de medicación a las plantas de hospitalización, pedidos de almacén o lencería, etc.

Es importante el conocimiento por parte del celador de todas las funciones que desempeña en este tipo de traslados y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario.

6 Bibliografía

- Búsqueda en Google con palabras clave: celador, manipulación de cargas, traslado de objetos.
- Ley 55, de 16 de diciembre de 2003 del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
- 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.
- <https://formacurae.es>.

El traslado de documentos y objetos

- www.revistamedica.com

Capítulo 442

ACTUACIÓN DE LOS CELADORES EN LOS BOXES DE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

JAIME CASTELLANOS CRIADO

MIRIAM MARTA BERNALTE TOLEDO

LETICIA CALCERRADA PEÑARRUBIA

RAQUEL SANCHEZ TOLEDO

JUAN JOSE ARENAS BUSTOS

1 Introducción

En el centro hospitalario los pacientes tienen dos vías de acceso para el tratamiento o la realización de consultas derivadas de sus patologías o enfermedades. Estas son: la puerta principal, para consultas de día, revisiones, realizaciones de pruebas, como radiografías, oftalmología, monitores, entre otras: y, por otro lado, se cuenta también el acceso a las urgencias hospitalarias.

En las urgencias hospitalarias, los pacientes acuden a dicho servicio para el tratamiento de enfermedades urgentes, bien sea por la gravedad del asunto o por temas que han de tratarse en dicho servicio.

En las urgencias se puede acceder a cualquier hora y momento del día.

Dentro de la misma, se encuentran cuatro servicios o áreas diferentes, cada una atiende a unos pacientes específicos, y cada una de ellas cuenta con un personal

médico y sanitario. Además, cada servicio cuenta con el personal no sanitario, es decir, de la figura del celador, cuya realización de tareas son imprescindibles para el correcto funcionamiento del mismo. Estas áreas o servicios son: boxes, especialidades, observación y pediatría.

En este sentido, durante el desarrollo de este trabajo, se van a desarrollar y conocer las actuaciones, tareas y objetivos que cumplen los celadores en el área de boxes de las urgencias hospitalarias.

2 Objetivos

- Conocer las funciones de los celadores en los boxes de las urgencias hospitalarias.
- Desarrollar las tareas y actuaciones del celador de boxes.

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 actuaciones y funciones que llevan a cabo los celadores en los boxes de las urgencias.

Los celadores de boxes llevan a cabo actuaciones directas en la atención de los pacientes, como puede ser la realización de movimientos para la colaboración con el equipo de auxiliar enfermería para el aseo de pacientes.

Los pacientes del área de boxes necesitan de la realización de pruebas, como puede ser pruebas de radiografía. Para ello, dichos pacientes han de ser llevados y trasladados hasta dicho servicio. Los pacientes pueden encontrarse: sentados, en silla de ruedas o encamados. Cualquiera que sea su posición, el celador debe trasladarlos hasta dichas pruebas. Posteriormente, cuando la prueba termina, el celador de los boxes se encarga de recogerlo y volver a instalarlo en su box correspondiente.

Los celadores en el área de boxes también llevan a cabo tareas de traslado de muestras biológicas. Esto es, los pacientes son sometidos a diferentes pruebas para su análisis en el laboratorio, como pueden ser muestras de orina, de sangre, de heces, pruebas PCR. Todas ellas, son llevadas al laboratorio por parte del celador, llevando a cabo un pequeño protocolo con unos sencillos pasos.

-El celador debe ir provisto de guantes desechables.

-La muestra ha de estar en una caja o batea, evitando cualquier contacto con la muestra,

-El celador debe asegurarse de llevar consigo, tanto la muestra como el volante que debe ser entregado en el laboratorio.

Por otro lado, si la gravedad de las enfermedades de los pacientes aumenta, estos son ingresados en la planta de hospitalización. Por ello, el celador de los boxes va a ser el protagonista, pues son ellos quienes suben a la planta e instalan al paciente en su habitación correspondiente.

5 Discusión-Conclusión

Atendiendo a lo expuesto anteriormente, se destaca la relevancia en la participación de desempeño de las funciones de los celadores de boxes en las urgencias hospitalarias, puesto que, gracias a sus labores, se consigue una correcta organización y coordinación con todo el personal sanitario que trabaja en dicho servicio.

Además, con el papel del celador en los boxes se garantiza una correcta y adecuada sanidad a cada paciente, puesto que el celador es el principal eslabón de ayuda y coordinación, que mantiene un contacto directo y continuado con el paciente.

Así, se afirma que gracias a los celadores de boxes se desarrolla dicho servicio de las urgencias hospitalarias con éxito y favorabilidad, solucionando las enfermedades individuales de cada paciente.

6 Bibliografía

1. El celador en las urgencias hospitalarias. Disponible en: <https://www.formacurae.es>
2. Tipos de celadores en las urgencias: boxes y especialidades. Disponible en: <https://www.revistamedica.com>

Capítulo 443

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA

JAIME CASTELLANOS CRIADO

MIRIAM MARTA BERNALTE TOLEDO

LETICIA CALCERRADA PEÑARRUBIA

RAQUEL SANCHEZ TOLEDO

JUAN JOSE ARENAS BUSTOS

1 Introducción

Las intervenciones y atenciones de los pacientes enfermos que se encuentran en el centro hospitalario, cualquiera que sea el área o servicio en el que se encuentre, generalmente precisan de la atención y disposición de medicaciones, como es el caso de sueros, tramadol, entre otros.

Todas estas medicaciones se encuentran ubicadas en el servicio de farmacia, integrado y compuesto por personal médico, enfermeros y por la presencia de la figura de los celadores, tomando gran protagonismo, puesto que se encargan de la colocación y dispensación de los mismos.

Para este mantenimiento de material e instrumental sanitario en cada uno de estos servicios, es necesario la presencia de una persona que realice las tareas de traslado y reposición de estos enseres. Así, se destaca que es la figura del celador quien se encarga de reponer y mantener el orden correcto de las medicaciones, material y enseres sanitarios, geles, etc. en cada área o servicio.

Dado que es el celador quien se encarga de recoger y trasladar la medicación desde el servicio de farmacia hasta las áreas o servicios del centro sanitario, el celador debe ser una persona conocedora de todas las ubicaciones del mismo, favoreciendo así acudir a cada uno de estos lugares con la mayor rapidez posible.

2 Objetivos

- Conocer las funciones que llevan a cabo los celadores en la farmacia hospitalaria.
- Desarrollar las tareas y actuaciones del celador en la farmacia.

3 Metodología

El desarrollo de este trabajo se ha llevado a cabo a través de una intensiva búsqueda de información por medio de diferentes buscadores, como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet, entre otros; y, además, teniendo en cuenta numerosas revistas y libros científico-sanitario, con el objetivo de dotar de mayor fiabilidad y veracidad a los resultados mostrados en este trabajo.

4 Resultados

A continuación, se exponen las funciones, actuaciones y tareas desempeñadas por los celadores en el servicio de farmacia del centro hospitalario.

En el centro hospitalario se destina un espacio exclusivo para el uso y manejo de materiales sanitarios, así como son las medicaciones que se les proporciona a los pacientes ingresados del centro hospitalario.

Para ello, es necesario que toda medicación se encuentre organizada y colocada, facilitando su búsqueda cuando sea necesaria. Dicha organización y colocación corresponde a las tareas desempeñadas por los celadores de farmacia.

Por otro lado, las áreas y servicios del hospital requieren del uso de medicación para sus pacientes, en función de las gravedades y las patologías que presenten. Por ello, estas medicaciones han de ser llevadas a las plantas de hospitalización. Es aquí, donde el celador de farmacia toma gran protagonismo, ya que es el encargado de llevar, con el uso y manejo de los carros, la medicación hasta sus dependencias correspondientes,

De este modo, cuando el celador acude a la planta a entregar dicha medicación, también puede observar que puede producirse una escasez de productos, dado la posible demanda de los mismos en las distintas áreas del hospital. Para que

no se produzca este hecho, el celador de farmacia realiza periódicamente un inventario, observando que elementos escasean. Así, cuando observa dicha escasez, el celador realiza un albarán, que es llevado al almacén para la entrega de esos productos.

Por otro lado, el celador debe ser un buen conocedor de todo tipo de nombres científicos, ya que se encuentra en contacto con distintas medicaciones, que deben ser colocadas siguiendo un protocolo interno de organización. Además, cuando algún celador de la planta o cualquier personal sanitario acude a la farmacia a la recogida de alguna medicación, el celador de farmacia entrega una pequeña hoja a dicha persona, que debe firmar como entrega y recogida de la medicación.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, se afirma la importancia del celador en el servicio de farmacia, puesto que los desempeños de sus funciones son vitales para el correcto funcionamiento de todo el centro hospitalario.

En este sentido, sin la presencia de los celadores en la farmacia, es imposible la repartición de medicación y material sanitario que se destina y se lleva a cabo a diario en cada una de las áreas y servicios del centro hospitalario.

Por tanto, gracias al papel llevado a cabo por los celadores de farmacia, se consigue ofrecer una sanidad de calidad, facilitando el trabajo de todo el equipo médico y sanitario que trabaja de manera conjunta en las dependencias y servicios del hospital.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador/a en la farmacia hospitalaria. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com>
2. Farmacia hospitalaria. Funciones del celador. Disponible en: <https://revistamedica.com>

Capítulo 444

ACTUACIONES DE LOS CELADORES EN LA PLANTA DE TRAUMATOLOGÍA

JAIME CASTELLANOS CRIADO

MIRIAM MARTA BERNALTE TOLEDO

LETICIA CALCERRADA PEÑARRUBIA

RAQUEL SANCHEZ TOLEDO

JUAN JOSE ARENAS BUSTOS

1 Introducción

Los pacientes con enfermedades de accidentes o traumatismo, como puede ser el caso de caídas, roturas de calderas, brazo o cualquier otra, son destinadas al servicio de traumatología dentro del centro hospitalario.

Estos pacientes presentan dificultades en su movilidad, tanto en la parte inferior de su cuerpo como en la superior, por lo que cualquier movimiento que se realice con ellos ha de hacerse con sumo cuidado y precaución.

Para ello, está la figura de los celadores en la planta de traumatología, que van a ser los encargados de llevar a cabo la movilidad de los pacientes de dicha área, además de cumplir otras funciones.

Además, estos pacientes precisan y requieren de la realización de pruebas de diagnóstico para la comprobación de la evolución de sus traumatismos y lesiones, destacando en dichas labores el papel desempeñado por los celadores.

De este modo, durante el desarrollo de este trabajo, se van a desarrollar y conocer las actuaciones, objetivos y tareas que cumplen los celadores en la planta de traumatología, tanto en la atención asistencial, en la movilización y colocación de los pacientes enfermos encamados, así como aquellas llevadas a cabo en colaboración asistencial con todo el personal sanitario que trabaja dentro de dicha planta.

2 Objetivos

- Conocer las funciones que cumplen los celadores en la planta de traumatología.
- Desarrollar las tareas y actuaciones en la movilización y colocación de pacientes en trauma.

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 actuaciones, tareas y labores desempeñadas por los celadores en la planta de traumatología.

Los celadores en la planta de traumatología son los encargados de llevar a cabo la movilización de pacientes encamados. En este sentido, se destaca que los celadores han de ser personas conocedoras a la perfección de todas las posiciones que se pueden realizar sobre ellos, teniendo en cuenta las dolencias e individuales de cada uno de ellos.

Los pacientes en traumatología, que en su mayoría se encuentran encamados, necesitan de aseo, llevado a cabo por la auxiliar y el celador. Así, el celador en estas tareas cumple labores asistenciales y de colaboración, llevando a cabo la movilidad del paciente, facilitando el trabajo de las auxiliares.

Por otro lado, los pacientes en trauma necesitan de la realización de pruebas, como es el caso de radiografía. Para ello, el celador es quien se encarga de llevar al paciente hasta el área de radiografía. En estas tareas, el celador debe llevar

consigo el volante de radiografía, con los datos identificativos del paciente. El celador debe asegurarse que tanto el paciente como los datos identificativos que aparecen en el volante son los mismos. De lo contrario, debe comunicarlo de inmediato al personal médico.

Los celadores en la planta de traumatología requieren de la toma de diferentes medicaciones que apacigüen sus dolencias. Dichas medicaciones se encuentran en el servicio de farmacia. Para ello, el celador de la planta toma protagonismo, pues debe acudir a la farmacia hospitalaria a recoger la medicación y los enseres que el personal médico de la planta requiere. Por tanto, una vez que el celador recoge la medicación y vuelve a la planta, debe colocarla en el cajetín correspondiente.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, se afirma la enorme importancia de los celadores de planta y, sobre todo, los celadores en la planta de traumatología, ya que, gracias al desempeño de sus funciones, se consigue una correcta organización interna del servicio.

Además, gracias a la participación del celador, se permite llevar a cabo la realización de movimientos y colocaciones con los pacientes encamados, puesto que, con el gran conocimiento mostrado por los celadores, permite adaptar las posiciones a las dolencias y traumatologías de cada paciente.

Así, gracias a la colaboración de los celadores de la planta de traumatología en el apoyo a las tareas de las del personal sanitario, permite ofrecer al paciente una sanidad de calidad.

6 Bibliografía

1. Funciones de un celador en la planta de hospitalización. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com>
2. El celador en su relación con los pacientes en traumatología. Disponible en: <https://www.formacurae.es>

Capítulo 445

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ALMACÉN DE LOGÍSTICA

JESSICA RUIZ GOMEZ

YOLANDA CANTON SALAZAR

ABEL SALAZAR CANTON

ESTHER CALVO HERNÁNDEZ

TOMÁS RODRIGUEZ CHOQUE

1 Introducción

El almacén de logística tiene como misión la previsión de todos los materiales, elementos, equipos, productos, etc..., que son necesarios en el hospital de referencia y en todos los centros e instituciones, residencias, etc., que tiene bajo la fórmula de integración bajo su tutela.

Toda esta previsión alcanza cantidades enormes en pedidos de toda clase y en gastos económicos, por lo que un objetivo del almacén de logística es conseguir la mayor eficacia en la economización de gastos y compras, sin que la calidad y la atención al sistema sanitario se vea alterada.

En el almacén de logística existe la unidad de compras, la unidad de gastos y los departamentos de entrada y salida de mercancía. Toda esta frenética actividad necesita de una estructura física amplia y alejada de los centros urbanos, por

lo que generalmente, los almacenes de logística hospitalaria se encuentra en las afueras de los cascos urbanos, en polígonos o zonas alejadas.

En el almacén de logística se encuentran trabajando desde los administrativos el jefe de logística, los celadores y auxiliares administrativos.

El transporte privado de las mercancías y material necesario se realiza por el muelle de carga del almacén, que supone uno más dentro de la estructura del mismo, contando además con el muelle de salidas de las mercancías.

2 Objetivos

-Describir las tareas que ejerce el auxiliar administrativo en el almacén de logística.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 almacén de logística se reciben diariamente infinidad de mercancías destinadas a todos los centros integrados en la gerencia de referencia. Tal cantidad de mercancía y productos, necesita de una estructura administrativa que pueda desarrollar sus funciones con una exactitud milimétrica, para que en los balances anuales cuadren las compras con las salidas.

El auxiliar administrativo va anotando todas las facturas en el stock de entradas de mercancías del almacén, archivando y revisando cada una de ellas, por cliente o por mercancía. Las mercancías son de todo tipo, desde, la mera toallita de papel, hasta los aparatos ortopédicos que se necesitan en los quirófanos, por lo tanto, se habla de miles de euros diarios.

El stock de los materiales recibidos se hace diariamente, tanto en las secciones del almacén de material pesado y fungible, como en los mecanismos y ortopedias que se destinan directamente a los servicios peticionarios.

De estas derivaciones directas hacia los servicios, el auxiliar administrativo las anota en las salidas de los servicios, porque es frecuente que entre tanto material recibido, a veces, no se sabe el destino de los mismos, artillugios y ortopedias que tienen un coste de miles de euros.

Se atienden los petitorios de los servicios hospitalarios y de todos los centros dependientes, archivando dichos petitorios, que según acuerdo con la dirección gerencia, son siempre recurrentes, a excepción de un petitorio extraordinario, en cuyo caso, el auxiliar administrativo lo apunta en las salidas extras.

Todos los años, a finales de diciembre, se realiza el recuento de toda la mercancía que resta en los almacenes para comprobar con las mercancías que han salido que cuadre exactamente, en cantidad numérica y en cantidad económica. Es una labor que se extiende en unos días, en los cuales, el auxiliar administrativo desempeña una labor importante, anotando todas las unidades existentes y las unidades salientes, para posteriormente en el despacho cuadrar dichas cantidades.

5 Discusión-Conclusión

El almacén de logística tiene una correcta y perfecta funcionalidad, debido al trabajo que realiza todo el equipo humano que desarrolla su trabajo en el mismo. Destacamos la función del auxiliar administrativo en las entradas y pedidos de la mercancía necesaria, que es abundante, y en las salidas y entregas a todos los servicios, centros e instituciones que se destinan.

El auxiliar administrativo tiene que ser un profesional dinámico y activo, pues la afluencia de mercancías en una jornada de trabajo es continua y ajetreada, y el muelle de descarga tiene que estar siempre desalojado para recibir el resto de productos que llegaran en el día. Es un trabajo exhaustivo el que realiza el auxiliar administrativo que debe cuadrar diariamente miles de productos y el coste alcanzado, además, del destino de cada uno de ellos.

6 Bibliografía

1. El auxiliar administrativo de la salud como responsable del almacén general. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. Sistema integral de gestión logística en el ámbito sanitario. Disponible en: <https://congresosicepa.com>
3. El auxiliar administrativo y la salida de mercancías del almacén general hospitalario. Disponible en: <https://congresosicepa.com>

Capítulo 446

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD DEL CENTRO HOSPITALARIO

JESSICA RUIZ GOMEZ

YOLANDA CANTON SALAZAR

ABEL SALAZAR CANTON

ESTHER CALVO HERNÁNDEZ

TOMÁS RODRIGUEZ CHOQUE

1 Introducción

El departamento de contabilidad del centro hospitalario es el responsable de anotar y registrar todas las operaciones, transacciones, movimientos y líneas de gastos, que se producen dentro del hospital y de sus centros dependientes, centros de salud, instituciones sociosanitarias y cualquier otra susceptible de la relación económica con el mismo.

El departamento de contabilidad desarrolla la técnica contable necesaria y obligada de cumplir, para registrar todas las operaciones económicas del centro hospitalario y aquellas que afectan directamente en su presupuesto, líneas de gasto, en transporte público de pacientes, por ejemplo.

En el contexto de la asistencia sanitaria, el departamento de contabilidad utiliza dos métodos distintos para elaborar la cuenta de los resultados y el balance anual revisado, uno es el método del devengo, que es la actualización diaria de los gastos y los ingresos en el mismo punto de partida que se realiza, y el otro, el método de caja, que evalúa los resultados y balance, independientemente que se obtenga presupuesto o no.

El objetivo principal del departamento de contabilidad consiste en que su funcionalidad mejore la toma de decisiones, en cuanto a economía se refiere, y la aclaración de los ingresos y gastos. En este punto, reseñar que el centro hospitalario conoce cuál es su presupuesto anual al principio del ejercicio, siendo variable, según unos indicadores, en unos centro que en otros.

El personal que realiza sus funciones en el departamento de calidad se compone de administrativos, juristas, economistas y auxiliares administrativos.

2 Objetivos

-Conocer las funciones ejercidas por el auxiliar administrativo en el departamento de contabilidad 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 departamento de contabilidad del centro hospitalario es el encargado de coordinar y gestionar cualquier ingreso y gasto que se produzca en el centro hospitalario. Los auxiliares administrativos conocen que anualmente, según las necesidades y tipología del centro hospitalario, este tiene asignado un presupuesto inicial que puede ser aumentado con partidas, en momentos ocasionales, extraordinarias de gasto.

En esta situación el auxiliar administrativo, es el encargado de registrar cualquier gasto que se realice por las unidades hospitalarias, en base, a la demanda justifi-

cada de los responsables de las mismas, así como de la utilidad que se le va a dar a la nueva compra.

Las nóminas correspondientes al personal del centro hospitalario son gestionadas por el departamento, donde el auxiliar administrativo, siguiendo las planillas entregadas de los distintos servicios, vuelca los datos a un programa informático que emite directamente la nómina y el resumen de nómina de todo el personal, así como las nóminas de los centros dependientes del centro hospitalario, y las bajas y altas en la implementación de gastos según el capítulo uno de los presupuestos asignados, debiéndose cargarse en el ejercicio siguiente.

La contratación del personal externo corresponde al departamento de contratación, pero los gastos derivados de las plicas de los dichos contratos corresponde al departamento de contabilidad, así, como los pagos trimestrales que se realizan a la empresa adjudicataria.

Los ingresos obtenidos por la implantación de pruebas y consultas médicas derivadas por convenio con empresa privadas, clínicas privadas y de seguros y mutuas, el auxiliar administrativo sigue dichos registros y apuntes, elaborando las correspondientes facturas trimestrales correspondientes.

Toda esta labor del auxiliar administrativo está supervisada por el coordinador del departamento, que suele ser personal perteneciente a la categoría A, o un abogado o un economista.

5 Discusión-Conclusión

Las tareas del auxiliar administrativo en el departamento de contabilidad del centro hospitalario no están exentas de responsabilidad. Tiene que tener el auxiliar administrativo actualizados todos los libros de contabilidad, y cuadrados todos los ingresos y gastos. Son más frecuentes cada vez las visitas de los inspectores de hacienda a estos tipos de departamentos, porque el centro hospitalario está exento de impuestos.

El auxiliar administrativo también tiene que tener amplios conocimientos en programas informáticos de apertura y cierre de ciclo económico, así como de balances y gastos e ingresos, para no entorpecer la buena marcha del departamento con alguna imprudencia.

6 Bibliografía

1. Funciones del auxiliar administrativo sanitario. Disponible en: <https://www.formacionalcala.com>

2. Funciones de un auxiliar administrativo en un hospital. Disponible en: <https://lacentrigugadora.es>
3. Responsabilidades de un auxiliar administrativo en contabilidad. Disponible en: <https://www.euroinnova.edu.es>

Capítulo 447

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL MOSTRADOR DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA

JESSICA RUIZ GOMEZ

YOLANDA CANTON SALAZAR

ABEL SALAZAR CANTON

ESTHER CALVO HERNÁNDEZ

TOMÁS RODRIGUEZ CHOQUE

1 Introducción

El servicio de radiología del centro hospitalario atiende a los pacientes internos del mismo y a los pacientes externos, es decir, aquellos que tienen una cita programada. Esta cita programada puede ser dada por el médico del centro de salud, por otro centro sanitario o por los especialistas médicos que desean comprobar algún aspecto en la enfermedad del paciente.

Por este motivo, el servicio de radiología está compuesto por dos circuitos, uno, el interno, que se ocupa de los pacientes que necesitan alguna prueba diagnóstica que se realiza en el servicio, provenientes de las unidades hospitalarias del centro o son pacientes que derivan desde las urgencias hospitalarias. El segundo

circuito es el de la calle, es decir, aquellos pacientes que vienen directamente de la consulta de su médico de familia, o que ya tenían una cita programada, con día y hora concreta, para la realización de alguna de las pruebas radiológicas.

En el servicio de radiología existe la figura del auxiliar administrativo en los dos circuitos, aquel profesional que se encarga de los informes de los radiólogos, de las pruebas mandadas por los médicos especialistas, y aquel otro que tiene en encargo de atender al usuario en el mostrador del servicio.

En este capítulo se van a tratar de describir las funciones que tiene que ejercer el auxiliar administrativo al frente del mostrador de rayos.

2 Objetivos

-Describir las funciones que el auxiliar administrativo realiza en el mostrador del servicio de radiología.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 atiende en su turno al frente del mostrador de radiología a un gran volumen de pacientes o usuarios, en los dos turnos que consta en el servicio, el de mañanas y el de tarde. Los pacientes que acuden al mostrador con la cita en la mano pueden tener una prueba diagnóstica de una simple placa radiológica, de una ecografía, de un tac, de una resonancia, etc.

El auxiliar administrativo pide el volante de la cita de la mencionada prueba y le da entrada en el sistema del programa Siemens, que tiene establecido el servicio. Esta entrada permite que el paciente aparezca en el monitor de la sala correspondiente donde, el auxiliar administrativo le indicará al paciente. Las salas están numeradas y localizadas por pasillos con letra.

La cita de papel físico, una vez realizada la entrada del paciente, el auxiliar administrativo la arroja al recipiente de papel, para su posterior traslado a la de-

estructura de papel, puesto que los datos confidenciales de los pacientes deben ser custodiados hasta su destrucción.

En el mostrador de radiología, el auxiliar administrativo, atiende e informa de todas las demandas que realizan los pacientes, y además atiende las llamadas externas solicitando información de citas, etc.

Cuando los volantes son solicitados por los médicos especialistas del propio centro hospitalario, el auxiliar administrativo, le da cita programada al paciente, informando del día y la hora de la realización de la prueba, y la sala a donde debe dirigirse, así, como, en caso necesario, las exigencias de la prueba, ayunas, no beber agua, no traer nada metálico, etc.

Esta documentación generada el auxiliar administrativo, debe clasificar, los documentos e informes que tienen que incluirse en la historia clínica de los pacientes, para su posterior entrega, en un sobre, al servicio de archivos del centro hospitalario, para su guarda en la historia clínica del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del auxiliar administrativo al frente del mostrador del servicio de radiología es muy dinámico y debe resolverse con soltura y rapidez, para evitar las esperas y colas frente al mismo. Por este motivo, el auxiliar administrativo, debe ser un profesional dinámico y manejar los programas informáticos de Siemens con soltura y facilidad, para evitar, aglomeraciones en el pasillo de la sala de espera del servicio.

Al mismo tiempo, el auxiliar administrativo, debe conocer a la perfección, los números y letras de las diversas salas, puesto que una equivocación en la información dada a los pacientes, podría suponer la demora en la realización de la prueba y el consiguiente enfado del paciente.

6 Bibliografía

1. El trabajo del auxiliar administrativo en la recepción de pacientes en el servicio de radiodiagnóstico. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. Funciones de un auxiliar administrativo en un hospital. Disponible en: <https://lacentrifugadora.es>
3. Funciones del auxiliar administrativo en sanidad. Disponible en: <https://revistamedica.com>

Capítulo 448

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

MARIA JOSE GARCIA ATIENZA

JAVIER CRUZ SANTIAGO

ISABEL MARIA GROMADA

JUANI NAHARRO MILLA

ALEJANDRO LÓPEZ JARA

1 Introducción

Los celadores serán dirigidos de acuerdo con las categorías y funciones previstas en el Estatuto de las Instituciones sanitarias de la Seguridad Social que Atienden Personal no sanitario, de 5 de julio de 1971, y se incluirán en un grupo de personal subalterno de tamaño general cuyas funciones se detallan en el artículo 14. 2. Además, señalar que, a los celadores, como funcionarios estatutarios del servicio de salud que constituyen el sistema nacional de salud, les será de aplicación la normativa marco del personal estatutario del servicio de salud de conformidad con lo dispuesto en la Ley 55/2003 de 16 de diciembre.

Es importante distinguir entre Emergencia y Urgencia porque las personas que necesitan atención médica urgente acuden a los servicios de emergencia.

☒ Emergencia: Esta es una situación crítica que significa peligro para la vida del paciente y requiere una acción inmediata.

☒ Situación Urgente: Esta situación implica que la atención del paciente no debe exceder las 24-48 horas.

En este trabajo discutimos la importancia de los celadores y su papel en el campo de la salud, ya que son los primeros en recibir a los pacientes. Los servicios de urgencias deben estar dotados de los medios técnicos y humanos necesarios para garantizar un nivel óptimo de atención. En este servicio encontramos que diferentes tipos de trabajadores realizan funciones diferentes y coordinadas en la cadena de asistencia sanitaria en este ámbito.

2 Objetivos

Conocer las funciones de los celadores en urgencias y emergencias.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador es uno de los integrantes de esta cadena, y además de las múltiples funciones que se le asignan de manera general, tiene un conjunto muy específico de funciones definidas por la sala de urgencias. Describir detalladamente las funciones del personal de los servicios de urgencias en hospitales y centros de salud, comprender su trabajo y explicar las características del servicio, la forma y estructura de acceso a la zona.

☒ Acompañamiento de pacientes en sillas de ruedas, camas, camillas o de pie por sí solos.

☒ Avisarán al personal facultativo si es necesario.

☒ Supervisarán el acceso a las áreas de emergencia y urgencias y sólo permitirán el ingreso al personal autorizado.

☒ Ayudarán al personal médico en sus funciones (por ejemplo, sujetar al niño o niña mientras el personal lo o la suturan, sujetar al paciente durante el lavado gástrico, sujetar al paciente durante una punción lumbar, colocar un yeso, entre

otros procedimientos médicos), así como a los médicos, supervisores o según lo solicite la enfermera.

☒ Tramitarán o ejecutarán las comunicaciones verbales que les sean comunicadas por sus superiores sin ningún tipo de demora.

☒ Traslado de pacientes a radiología, quirófanos, servicios de endoscopia, salas de hospitalización (ingresos) y demás servicios y salas que se requieran.

☒ Ayudarán al personal sanitario en las funciones que les sean propias.

☒ Recogida de archivos en diferentes lugares como, por ejemplo; laboratorios, bancos de sangre, farmacias, servicios de admisión y recogida de resultados.

☒ Traslado de equipos médicos o muebles y artículos de un servicio a otro.

☒ Garantizar que la intimidad del paciente sea respetada en todo momento.

☒ Llevar a cabo el traslado del paciente ya fallecido al mortuario para posteriormente ser introducido en la cámara frigorífica a una temperatura regulada de 4°C.

5 Discusión-Conclusión

Los servicios de urgencias se diseñarán respetando los espacios de acceso, recepción y triaje de pacientes, que deberán estar conectados con las unidades de cuidados intensivos, quirófanos, laboratorios, etc., según el nivel de atención que preste cada hospital. En este servicio, el papel de los celadores es muy importante ya que realizan una variedad de funciones y apoyan a otro personal para así lograr que la calidad del servicio a los pacientes sea alta y las actividades se realizan de forma correcta y dinámica en el servicio. El celador es el primero en recibir a los pacientes, y sus cualidades son cruciales para que los pacientes que acuden al servicio de urgencias sean atendido de la mejor manera.

6 Bibliografía

1. <https://elblogdelcelador.files.wordpress.com/2012/07/manual-de-actuacion-del-celador-en-los-distintos-c3a1mbitos-sanitarios.pdf>.
2. <https://revistamedica.com/>.
3. <https://elblogdelcelador.files.wordpress.com/>.
4. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/>.
5. <http://celadoresonline.blogspot.com/>.

Capítulo 449

FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS

ENCARNACION SANCHEZ RUIZ

BEATRIZ ROMERO ROMAN

JUAN JOSE MARTIN SERRANO LIZCANO

AGUSTIN ANGEL GALLEGO GUTIERREZ

DANIEL GAMERO MARTÍN CASTAÑO

1 Introducción

La autopsia se podría definir como la última consulta médica realizada tras la muerte de un individuo. Consiste en la realización de un examen post-mortem mediante la disección del cadáver para obtener información anatómica sobre las causas de la muerte. La autopsia será realizada por el anatomopatólogo, médico especializado en este campo, el cuál dictará un último diagnóstico explicando la naturaleza, complicaciones, y extensión de la enfermedad o causas que hubiesen originado la muerte, así como las observaciones clínicas realizadas.

La autopsia sigue siendo en la actualidad el método más fiable para la realización de un diagnóstico médico tras un fallecimiento a pesar de haber proliferado nuevos procedimientos de diagnóstico como consecuencia de las nuevas tecnologías. Esta corrige hasta el 30% de los certificados médicos haciendo fallidos los diagnósticos primarios y dando por erróneos un tercio de ellos realizados en los hospitales.

Las autopsias son dos tipos:

- La autopsia clínica: solicitada por los médicos que atendieron al paciente y previa autorización de la familia, desvelará los procesos patológicos y las causas de la muerte. Se realizará por especialistas médicos en Anatomía Patológica.
- La autopsia forense: solicitada por un juez ante muertes con indicios sospechosos de criminalidad, realizada por motivos médico-légaes será efectuada por médicos competentes en Medicina Legal y Forense.

Las autopsias comprenderán cuatro fases principales:

- Levantamiento del cadáver.
- Examen externo.
- Examen interno.
- Pruebas complementarias.

Por lo anteriormente relatado se considera la autopsia como un gran reto, ya que informará de los motivos que originaron y ocasionaron la muerte, así como la última oportunidad de recibir consulta médica con fines docentes, asistenciales y científicos.

Tras el gran equipo disciplinar que interviene en la realización de una autopsia se encuentra el Celador, el cuál desempeñará labores de asistencia para la realización de la misma, siendo éstas de gran importancia.

2 Objetivos

- Definir en qué consiste una autopsia.
- Enumerar los distintos tipos de autopsias y sus fases.
- Describir las funciones que el celador desempeña 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

En la sala de autopsias se realizará el estudio exterior y interior del cadáver, tomándose muestras de este tanto de fluidos como de órganos. La sala de autopsias cumplirá con unas estrictas medidas en cuanto higiene para proteger al personal que en éstas desarrolle su trabajo.

El Celador debe de estar al corriente de las enfermedades infecciosas que hubiese podido contraer el difunto y tomar las medidas de seguridad necesarias tanto para su traslado como para su posterior evisceración y lavado de órganos.

Las funciones que el Celador desempeñará en la sala de autopsias se dividirán en tres fases:

1.Funciones previas a la autopsia: debiendo extraer el cadáver de la cámara frigorífica del mortuario perfectamente identificado, el celador lo trasladará a la sala de autopsias donde el celador de anatomía patológica lo colocará en la posición idónea y desamortajará para la realización de la autopsia. Siendo tarea del celador de la sala de autopsias el lavado y desinfección del instrumental, así como de la mesa donde se practica la autopsia.

2.Funciones en la autopsia: el celador asumirá las tareas de apoyo que se le encomienden durante la autopsia tales como proveer del instrumental necesario al profesional médico, pesado de órganos, realización de las anotaciones oportunas que se le indiquen, colocación de los restos humanos fruto de la actuación en recipientes sellados herméticamente para su posterior traslado, así como la introducción dentro del cadáver de papel para rellenar los huecos de los órganos extraídos antes de su cierre por el médico anatomopatólogo.

3.Funciones posteriores a la autopsia: el celador se encargará de asear y amortajar de nuevo al cadáver para su posterior traslado al mortuario. Ordenará, recogerá y limpiará la sala de autopsias para una próxima intervención, y llevará las muestras recogidas a Anatomía Patológica para su posterior estudio, debiendo repartir los resultados de las mismas a los servicios hospitalarios que las requieran.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido comprobar en este estudio las funciones del Celador en la sala de autopsias aún siendo primarias no dejan de ser relevantes e imprescindibles a la hora de la realización de las mismas. Su tarea fundamental es asistir a los profesionales médicos antes, durante y tras la finalización de la autopsia,

debiendo seguir estrictamente las normas de bioseguridad establecidas, asumir las tareas de limpieza e higiene tanto de instrumental, mesas y salas donde estés se realicen, trasladar los cadáveres, así como las muestras obtenidas de éstos para su estudio y evaluación posterior por los equipos de investigación correspondientes.

6 Bibliografía

1. <https://www.escuelaoposición.com>.
2. <https://revista médica.com>.
3. <https://celadoresonline.blogspot.com>.
4. Romero, D. A. G., Giménez, C. P., Romero, I. P., Barrios, S. V., Loscertales, P. H., & Huerta, J. C. (2023). Papel del Celador en una sala de autopsias. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(3), 62.

Capítulo 450

EL FONTANERO Y SU IMPORTANCIA EN EL MANTENIMIENTO DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

JUAN CANO PATERNA

PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO

FRANCISCO GONZALEZ TEBAR

FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA

ANTONIO RUIZ ESCUDERO

1 Introducción

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 que hay.

El mantenimiento, ya sea eléctrico, mecánico, de las instalaciones o de cualquier otro tipo, tendrá una serie de tareas encaminadas a asegurar el correcto mantenimiento de toda la estructura, las instalaciones y los equipos, en base a un plan de mantenimiento debidamente elaborado y sujeto a constante revisión.

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.

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.

2 Objetivos

Conocer los distintos perfiles de los fontaneros 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

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.

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. Dentro de un entorno hospitalario, se pueden llevar a cabo una variedad de tareas de mantenimiento, que incluyen:

- El mantenimiento preventivo implica la organización de acciones correctivas para mantener los equipos y las instalaciones funcionando con la máxima eficiencia.
- Para realizar un mantenimiento preventivo, debemos conocer los valores de unas variables representativas del sistema que queremos mantener.
- El mantenimiento correctivo se realiza cuando un sistema o equipo no funciona correctamente o cuando un edificio sufre daños.

El mantenimiento preventivo y predictivo se puede planificar y llevar a cabo utilizando un programa de trabajo, mientras que el mantenimiento correctivo es un trabajo no planificado que puede resultar en una finalización apresurada y, posteriormente, aumentar su riesgo durante el proceso de mantenimiento.

5 Discusión-Conclusión

Los servicios de mantenimiento de hospitales son frecuentemente subestimados a pesar de que son esenciales para el mantenimiento y operación eficiente de los hospitales porque no son parte del tratamiento médico.

Los pacientes no son conscientes de la cantidad de trabajo que se dedica a los hospitales y clínicas hasta que llegan y descubren que todo está en perfecto estado de funcionamiento.

Con frecuencia se presentan situaciones de emergencia además de las tareas diarias que están programadas y necesitan ser resueltas de inmediato para continuar brindando atención médica.

A pesar de ser una tarea rutinaria para el personal de plomería, su importancia no está suficientemente reconocida porque no se ve.

6 Bibliografía

1. Paredes Palomo L. Riesgos en personal sanitario III: Trabajos de mantenimiento [Internet]. Quirón Prevención. 2020 [cited 4 December 2020]. Available

from: <https://www.quironprevenci.>

Capítulo 451

EL FONTANERO Y EL MANTENIMIENTO DE LAS INSTALACIONES DE AGUA DE UN HOSPITAL

JUAN CANO PATERNA

PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO

FRANCISCO GONZALEZ TEBAR

FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA

ANTONIO RUIZ ESCUDERO

1 Introducción

Las instalaciones de abastecimiento de agua de las instituciones sanitarias se componen de una red de elementos de captación de agua, típicamente tanques elevados, desde los cuales se distribuye el agua a otros sistemas de reserva y regulación o desde los cuales se establece la red pública de distribución de agua.

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.

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.

2 Objetivos

Conocer la función de los fontaneros en el mantenimiento de las instalaciones de agua 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

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, evitar instalar diferentes metales juntos. Nunca reparar 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 acabaran 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.

El plan general de instalación se basará en la presión actual de la red de distribución de agua. Al planificar el diseño general de la instalación, es posible considerar el tipo de medición de agua, o si se realizará con medidores únicos, generales o múltiples.

A través de distribuidores de ramales o de anillos, ningún riser alimenta a más de 10 plantas; También se tienen en cuenta los metros divisionales. En los hospitales que tienen una altura superior a cierta (más de 10 pisos), los pisos inferiores suelen estar bajo demasiada presión, lo que resulta en la presencia de dos o más columnas de montantes.

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

Capítulo 452

EL FONTANERO COMO PERSONAL DE MANTENIMIENTO Y LAS HERRAMIENTAS DE TRABAJO

JUAN CANO PATERNA

ANTONIO RUIZ ESCUDERO

FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA

PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO

FRANCISCO GONZALEZ TEBAR

1 Introducción

El campo de la salud está compuesto por equipos multidisciplinarios de profesionales de la salud y no de la salud de diversas profesiones, y estos equipos son la piedra angular de la eficacia del funcionamiento de las instituciones de salud. El personal de mantenimiento como son los fontaneros siempre sigue un plan de mantenimiento, que se divide en varias sucursales con una variedad de trabajos. La mayoría del equipo utilizado por los equipos de plomería es útil y adaptable. Es necesario que un centro hospitalario cuente con algunos de los componentes y equipos de los que hablaremos a continuación. Ya que se le puede dar una gran variedad de usos y se utiliza para reparar diversas averías que se puedan producir en los hospitales.

Un fontanero es un especialista que trabaja para mantener y reparar los sistemas de plomería, incluida la reparación de fugas, tuberías rotas, desagües obstruidos, grifos que funcionan mal, etc. Es crucial que tenga las herramientas que necesita para completar su trabajo porque, en los centros de salud. Para poder usar las herramientas de plomería correctamente y en los momentos adecuados, debe estar completamente familiarizado con sus tipos y todos sus usos. Es fundamental contar con un personal de fontanería especializado y debidamente capacitado.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es conocer qué tipo de herramientas utiliza el personal de fontanería para el mantenimiento de los centros sanitarios.

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

Vistos los materiales que se utilizan en fontanería, sus accesorios y las operaciones necesarias para adaptarlos a la instalación, trataremos en las siguientes líneas las herramientas y útiles, clasificadas según su función.

1. De Medición

Para efectuar las operaciones de medición se utiliza la cinta métrica, el flexómetro, el metro plegable, la regla metálica graduada, etc.

2. De Amarre y Apriete. Entre estas tenemos:

- Llaves. Se utilizan para montar o desmontar piezas roscadas, tuercas y tornillos con cabeza sin ranura. Pueden ser del tipo siguiente: o Fija o Fija doble. o Fija doble para tubos. o Llave inglesa. o Llave ajustable. o Llave ajustable para tubos. o Llave de cadena.

3. Alicates. Se usan para sujetar pequeñas piezas o tirar de ellas. Hay varios tipos: o Alicates universales. o Alicates de pico de loro. o Alicates de fijación.

4. De corte

Las herramientas utilizadas para el corte de tubos varían según el material que se va a tratar.

- Los tubos de plomo se pueden cortar con una sierra o incluso con cuchillos porque son un material blando.
- Se puede utilizar una sierra de mano para cortar tubos de cobre. Se inmovilizan con una herramienta única para evitar que se aplasten durante este procedimiento. El cortador de tubos también se utiliza para producir un corte preciso y limpio. Los componentes básicos del cortatubo son un soporte muy rígido en forma de U con una hoja circular giratoria en un lado, unos rodillos de apoyo en el otro y un mecanismo que permite acercar la hoja mientras se aplica presión.
- Usar la sierra de arco y la sierra de tigre universal para cortar tubos de acero con un diámetro pequeño. Utilice un cortatubo con mangos que puedan usarse como palanca para aplicar fuerzas de corte más fuertes al cortar materiales con diámetros grandes.
- Los cortatubos con cadenas se utilizan para cortar tubos de hierro fundido.
- Se utiliza una sierra, un cuchillo o una herramienta similar para cortar tubos de plástico en tubos de PVC. El uso de cortatubos rígidos y especializados.

5. De Curvado y Conformado

Para el curvado de tubos de plomo y de cobre se utiliza el muelle.

Para tubos de hierro se emplea las tenazas curvatubos y las curvadoras hidráulica y eléctrica.

6. Abocardado

Otra operación importante es la del abocardado de tubos, que consiste en ensanchar la boca de un tubo para que en ella se introduzca el extremo del otro. El abocardado debe hacerse de manera que el sentido de la circulación del agua vaya del tubo macho al tubo hembra.

7. De Roscar

Hay varios tipos:

- Terrajas ajustables.
- También se utilizan la rascadora electroportátil y las máquinas roscadoras y ranuradoras.

8. De Montaje y Mantenimiento

Dentro de este grupo tenemos las llaves y los destornilladores para montar y desmontar uniones roscadas.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar el correcto funcionamiento del sistema y evitar fugas, obstrucciones o roturas en los centros de salud y, en consecuencia, unos problemas que puedan derivar en un accidente de los usuarios o pacientes que los visitan, es fundamental que el personal de fontanería como personal de mantenimiento de calidad utilice los materiales y materiales adecuados como son las herramientas. Para garantizar la correcta instalación y mantenimiento de estos sistemas en los centros de salud, también es fundamental contar con un personal de fontanería especializado y debidamente capacitado. Similar a cómo es fundamental tener las herramientas adecuadas a mano cuando se realiza una tarea.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.

Capítulo 453

EL TELEFONISTA Y LA GESTION DE CITAS PREVIAS EN EL AMBITO HOSPITALARIO

PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ

DOLORES PÉREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

En el ámbito hospitalario, las citas previas son programadas para permitir a los pacientes acceder a los servicios médicos de manera organizada y eficiente. Estas citas se realizan para consultas médicas, exámenes, procedimientos o tratamientos específicos. La gestión de citas previas en el ámbito hospitalario puede variar según las políticas y los sistemas implementados en cada institución, pero generalmente sigue algunos pasos comunes.

En primer lugar, los pacientes pueden solicitar una cita previa a través de diferentes canales, como llamadas telefónicas, sitios web de hospitales, aplicaciones móviles o personalmente en el centro médico. Algunos hospitales pueden tener un sistema de solicitud de citas en línea que permite a los pacientes seleccionar la especialidad médica, el médico y la fecha preferida. Durante la solicitud de cita, los pacientes deben proporcionar información personal básica, como nombre completo, fecha de nacimiento, número de teléfono, dirección y número de seguro médico. Es posible que se solicite información adicional, dependiendo de los requisitos del hospital (1).

Una vez que se recibe la solicitud, el personal encargado de la gestión de citas verifica la disponibilidad de citas en función de la especialidad médica, la disponibilidad del médico y los horarios establecidos. También se tienen en cuenta las

urgencias y las citas prioritarias. Una vez que se encuentra una fecha y hora adecuadas, se asigna la cita al paciente. El sistema puede generar automáticamente una confirmación de cita que se envía al paciente por correo electrónico o mensaje de texto. En algunos casos, se puede requerir la confirmación de la cita por parte del paciente. Para reducir las tasas de ausencia o cancelaciones de citas, es común enviar recordatorios automatizados al paciente unos días antes de la cita programada. Estos recordatorios suelen ser enviados por mensaje de texto, correo electrónico o llamadas telefónicas.

2 Objetivos

Los objetivos son los siguientes:

1. Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el telefonista en la gestión de citas previas del hospital.
2. Verificar la disponibilidad de los médicos en el horario solicitado por el paciente.
3. Solicitar confirmación de la citas de los pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

En el ámbito hospitalario, el telefonista desempeña un papel fundamental en la gestión de citas previas. Su función principal es recibir las llamadas de los pacientes y programar las citas médicas de acuerdo con la disponibilidad de los médicos y las necesidades de los pacientes.

La gestión de citas previas implica una serie de tareas que el telefonista lleva a cabo para garantizar un proceso eficiente y ordenado. El telefonista atiende las llamadas de los pacientes que desean programar una cita médica. Es importante que el telefonista sea amable, empático y tenga habilidades de comunicación

efectivas para brindar una atención al paciente de calidad. Durante la llamada, el telefonista registra los datos personales del paciente, como nombre, fecha de nacimiento, número de teléfono y motivo de la consulta. También puede solicitar información adicional relevante, como el número de seguro médico.

Además, el telefonista consulta el sistema de programación de citas para verificar la disponibilidad de los médicos en el horario solicitado por el paciente. Esto implica coordinar las agendas de los médicos y encontrar un espacio adecuado para la cita. Una vez que se ha encontrado una fecha y hora disponibles, el telefonista asigna la cita al paciente. Puede proporcionar información sobre la ubicación de la consulta, instrucciones especiales o cualquier requisito previo a la visita. Es común que el telefonista solicite al paciente una confirmación de la cita para asegurarse de que asistirá. Esto puede ser a través de una llamada de seguimiento, un mensaje de texto o un correo electrónico.

En caso de cancelaciones o cambios en las citas programadas, el telefonista es responsable de reorganizar la agenda y encontrar nuevas fechas y horarios disponibles. Además de programar citas, el telefonista también responde preguntas generales de los pacientes, proporciona información sobre servicios médicos y remite a los pacientes a los departamentos o especialistas adecuados en caso de ser necesario. Es importante que el telefonista tenga un buen conocimiento de los servicios médicos ofrecidos por el hospital, así como de los procedimientos de programación de citas y las políticas internas. También debe manejar adecuadamente la confidencialidad de la información del paciente y mantener una actitud profesional y empática en todo momento.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el rol del telefonista en la gestión de citas previas en el ámbito hospitalario es crucial para garantizar un proceso eficiente y ordenado. El telefonista desempeña diversas tareas, como recibir llamadas de pacientes, registrar datos personales, verificar la disponibilidad de citas, asignar citas, confirmarlas y reorganizar la agenda en caso de cancelaciones o cambios. Además, el telefonista también proporciona información general a los pacientes y los remite a los departamentos adecuados.

La gestión de citas previas en el ámbito hospitalario implica una comunicación efectiva y un trato amable por parte del telefonista, quien debe tener habilidades de atención al cliente, conocimiento de los servicios médicos ofrecidos por el hospital y la capacidad de mantener la confidencialidad de la información del paciente. La programación de citas previas permite a los pacientes acceder a los

servicios médicos de manera organizada y garantiza que los recursos del hospital se utilicen de manera óptima.

6 Bibliografía

- 1.<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/36492/TFG-B.1225.pdf?sequence=>
- 2.[https://revistamedica.com/principales-funciones-.telefonistasanitario/.](https://revistamedica.com/principales-funciones-.telefonistasanitario/)
- 3.https://elpais.com/diario/2003/06/17/salud/1055800809_850215.html#:text=Uno%20de%20los%20procedimientos%20m%C3%A1s,tel%C3%A9fono%20e%20incluso%20mediante%20Internet.

Capítulo 454

EL TELEFONISTA EN EL HOSPITAL Y LA IMPORTANCIA DE LA CAPACIDAD DE COMUNICACION

PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ

DOLORES PÉREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La capacidad de comunicación en los hospitales es de suma importancia debido a varios factores clave. Los hospitales son entornos complejos con múltiples departamentos y profesionales médicos trabajando juntos. La comunicación efectiva es esencial para coordinar las actividades y garantizar una atención adecuada a los pacientes. La capacidad de transmitir información precisa, clara y oportuna entre los miembros del equipo médico asegura que todos estén al tanto de los detalles relevantes sobre la condición y el tratamiento del paciente.

La comunicación inadecuada puede conducir a errores médicos y comprometer la seguridad de los pacientes. La capacidad de comunicarse de manera efectiva ayuda a evitar malentendidos y minimiza los riesgos asociados con la atención médica. Al transmitir información precisa sobre la historia médica del paciente, las alergias, los medicamentos recetados y otros detalles relevantes, se pueden tomar decisiones informadas y brindar un cuidado seguro. Y es que una comunicación clara y efectiva también juega un papel fundamental en la satisfacción del paciente. Los pacientes desean entender su diagnóstico, el plan de tratamiento y las instrucciones postoperatorias de manera comprensible. Una comunicación deficiente puede generar confusión, ansiedad y frustración en los pacientes. Por

el contrario, una comunicación efectiva brinda confianza, tranquilidad y empoderamiento a los pacientes, lo que mejora su experiencia en el hospital (1). Además, la comunicación adecuada fortalece la relación entre los médicos y los pacientes. Los médicos que se comunican de manera efectiva pueden establecer una conexión más sólida con sus pacientes, fomentando la confianza, la colaboración y la participación activa del paciente en su propio cuidado. Los pacientes que se sienten escuchados y comprendidos tienen más probabilidades de seguir las indicaciones médicas y participar activamente en su proceso de recuperación. En un entorno hospitalario, pueden surgir situaciones conflictivas entre el personal médico, los pacientes o sus familiares. Una comunicación efectiva ayuda a resolver los conflictos de manera más rápida y eficiente, evitando malentendidos y tensiones innecesarias. La capacidad de escuchar activamente, mostrar empatía y buscar soluciones mutuamente beneficiosas es fundamental para gestionar los conflictos de manera positiva.

2 Objetivos

Los objetivos son los siguientes:

1. Exponer las habilidades adecuadas que debe tener el telefonista en la recepción de llamadas del hospital.
2. Establecer una comunicación empática y tranquilizadora.
3. Establecer comunicación constante y efectiva con pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

El rol del telefonista en un hospital es de gran importancia, ya que actúa como el enlace principal entre el personal médico y los pacientes, así como también entre los diferentes departamentos y servicios dentro del hospital. La capacidad de

comunicación efectiva es fundamental para desempeñar esta función de manera exitosa.

En primer lugar, los telefonistas son responsables de recibir las llamadas entrantes y dirigir las a las personas o departamentos correspondientes. Esto requiere una habilidad para escuchar activamente y comprender las necesidades y preguntas de los pacientes o sus familiares. Además, deben ser capaces de transmitir de manera clara y concisa la información relevante a los destinatarios adecuados.

Además de recibir llamadas, los telefonistas también realizan llamadas salientes para recordar citas médicas, programar cirugías o exámenes y proporcionar información a los pacientes sobre sus tratamientos o procedimientos. En estas interacciones, la capacidad de comunicación efectiva se vuelve aún más crucial, ya que los telefonistas deben transmitir información médica compleja de manera comprensible y tranquilizar a los pacientes en momentos de preocupación o estrés. Además, los telefonistas a menudo deben lidiar con situaciones difíciles o urgentes, como llamadas de emergencia o solicitudes de información confidencial. En estos casos, la capacidad de comunicarse de manera empática y tranquilizadora es fundamental para manejar adecuadamente la situación y brindar el apoyo necesario (2).

En un entorno hospitalario, donde la coordinación, la seguridad del paciente, la satisfacción y la resolución de conflictos son aspectos críticos, la capacidad de comunicación adecuada por parte del telefonista se vuelve aún más relevante. Una comunicación efectiva contribuye a la coordinación del equipo médico, minimiza los riesgos de errores médicos, mejora la experiencia del paciente y fortalece la relación médico-paciente.

En resumen, la importancia de la capacidad de comunicación en el rol del telefonista en un hospital no puede ser subestimada. La comunicación efectiva es fundamental para brindar un servicio de calidad, garantizar la seguridad del paciente y promover una atención médica centrada en el paciente. Por este motivo, el rol del telefonista en un hospital implica una comunicación constante y efectiva con pacientes, personal médico y otros departamentos. La capacidad de escuchar activamente, transmitir información clara y concisa, ser empático y manejar situaciones difíciles es esencial para desempeñar esta función de manera exitosa y brindar un servicio de calidad a los pacientes y al personal médico (3).

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el rol del telefonista en un hospital es crucial para mantener una comunicación efectiva entre el personal médico, los pacientes y otros departamentos. La capacidad de comunicación juega un papel fundamental en este puesto, ya que los telefonistas son responsables de recibir y dirigir llamadas, programar citas y proporcionar información médica a los pacientes.

La habilidad de escuchar activamente, comprender las necesidades de los pacientes y transmitir información de manera clara y concisa son elementos esenciales para desempeñar esta función con éxito. Además, la capacidad de comunicarse de manera empática y tranquilizadora es importante para manejar situaciones difíciles o urgentes.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/comunicacion-efectiva-telefonista-paciente/>.
2. <https://revistamedica.com/principales-funciones-telefonista-sanitario/>.
3. <https://www.euroinnova.edu.es/funciones-de-una-recepcionista-en-hospitales>.

Capítulo 455

FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN

BELEN PALACIOS LOZANO

CARMELO ZAMORANO PANZANO

PAULA DIAZ MECO ALVAREZ

MARIA ELENA MARTINEZ MORENO

LAURA TEBAR TORRES

1 Introducción

Los médicos rehabilitadores son los facultativos especialistas del servicio de medicina física y rehabilitación, esta especialidad, es frecuentemente desconocida por la población, lo cual no significa que no realicen una labor importantísima.

En los últimos años, esta cobrando mayor relevancia la importancia de la medicina personalizada, el entendimiento el paciente como un todo rodeado de un contexto biopsicosocial, y abordar sus problemas o patología desde este punto de vista. La labor del médico está sufriendo una transición desde un modelo de atención autoritaria y paternalista que ve al paciente como una enfermedad y su conjunto de pruebas complementarias, a una persona que está sufriendo una serie de síntomas relacionados con su patología, la cual está muy íntimamente

relacionada con los condicionantes de la salud socioeconómicos y culturales del contexto en el que vive. Así, en este cambio de paradigma de la concepción de medicina, cobran cada vez más importancia los programas de rehabilitación, que ofrecen una continuidad asistencial al paciente una vez finalizada la etapa aguda de su enfermedad y le ayudan en su recuperación para obtener el mejor resultado funcional posible, que les permita mantener su integración completa en la sociedad.

En el presente texto se analizarán las funciones que recaen sobre el celador en el servicio de rehabilitación.

2 Objetivos

- Enumerar las funciones que el celador lleva a cabo en el servicio de rehabilitación.
- Desarrollar brevemente de qué tratan cada una de esas funciones, destacando la labor del celador en la unidad de rehabilitación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 rehabilitación trabaja en consonancia con la mayoría de las especialidades, tanto quirúrgicas como médicas, de ello se deduce, que la variabilidad y singularidad de los pacientes, y en consecuencia de sus terapias de rehabilitación, son muy extensas y variadas, involucrando a la mayoría de sistemas del cuerpo. Un programa de rehabilitación puede ser necesario tras una cirugía de trauma, para recuperar la funcionalidad de la articulación y su rango de movimiento previo a la cirugía, o tras un accidente cerebrovascular, puede para volver a aprender a movilizar y utilizar las extremidades afectas; también es necesario realizar rehabilitación en pacientes laringectomizados para recuperar o mejorar la fonación, etc.

A continuación, se expondrán las funciones que desarrollará el celador en esta unidad.

El celador prestará su ayuda para recepcionarse a aquellos pacientes que lo necesiten, escaneará el volante correspondiente en la máquina y le entregará el ticket al paciente.

El celador deberá conocer la ubicación de las consultas de rehabilitación, proporcionando dicha información a los pacientes cuando le pregunten, y acompañándolos a dichas consultas si fuera necesario.

El celador se encargará de transportar a los pacientes desde la unidad de rehabilitación hacia otros servicios si fuera necesario, por ejemplo, llevarlos al servicio de radiología a realizarse una prueba de imagen. También llevará a los pacientes que estén ingresados en otra área de hospitalización hasta la unidad de rehabilitación.

El celador también transportará toda la documentación necesaria para la identificación del paciente, como la historia clínica y otros documentos. Al final de la jornada, el celador llevará al archivo las historias ya consultadas.

El celador prestará su ayuda en pequeña labores al fisioterapeuta o médico rehabilitador a movilizar a los pacientes cuando así se le solicite.

El celador deberá tener conocimiento sobre posturas y movilización adecuada de los pacientes para evitar dolor o lesiones innecesarias a los pacientes de esta unidad.

Otra función del celador consiste en recoger las jaulas llenas de ropa sucia al final del día y trasladarlas a lavandería.

El celador velará por el orden en la unidad de rehabilitación, evitando la entrada a personal no autorizado.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha desarrollado a lo largo del presente texto, en la unidad de rehabilitación trabajan equipos multidisciplinares conformados por profesionales sanitarios y no sanitarios, entre los que se encuentran facultativos, especialistas de medicina física y rehabilitación, enfermeros y auxiliares de enfermería, logopedas, fisioterapeutas, personal de limpieza y mantenimiento, celadores, etc.

Es de suma importancia que los profesionales que trabajan en esta unidad estén en continua formación para brindar una atención sanitaria de calidad a los pacientes de esta unidad y ayudarles a recuperar la funcionalidad que han perdido. El celador con su labor contribuye a que la unidad de rehabilitación funcione de forma adecuada.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en la Unidad de Rehabilitación - Fisioterapia - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. (n.d.). Retrieved July 10, 2023, from <https://revistamedica.com/funciones-celador-rehabilitacion-fisioterapia/>.
2. El celador de rehabilitación - III Congreso Virtual SICEPA - USIPA “2023: Sanidad, un trabajo en equipo.” (n.d.). Retrieved July 10, 2023, from <https://congresosicepa.com/celador-de-rehabilitacion/>.

Capítulo 456

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA: FUNCIONES Y ACTUACIÓN

BELEN PALACIOS LOZANO

CARMELO ZAMORANO PANZANO

PAULA DIAZ MECO ALVAREZ

MARIA ELENA MARTINEZ MORENO

LAURA TEBAR TORRES

1 Introducción

Actualmente asistimos a continuos avances en todos los campos de la tecnología y ello ha traído consigo el aumento de patologías relacionadas con el uso y abuso de las nuevas tecnologías. Cada vez un mayor número de habitantes hacen un uso excesivo de las redes sociales sobre todo en la población adolescente, aflorando nuevas adicciones y enfermedades mentales inexistentes hasta ahora. Se hace por ello necesario articular nuevos recursos en la rama de la medicina para ofrecer un tratamiento a estas nuevas necesidades, surgidas en la actualidad.

Junto a trastornos alimentarios afloran nuevas adicciones a diferentes redes sociales, que provocan una necesidad incontrolada de estar conectado continuamente, interfiriendo gravemente en la vida diaria, e imposibilitando la realización

de las tareas cotidianas. En este contexto están aumentando los casos de ansiedad y depresión en la población.

En este sentido el Sistema Sanitario se enfrenta a situaciones de escasez de recursos para el tratamiento de estas patologías, y los usuarios denuncian la falta o insuficiencia de recursos sanitarios para el tratamiento de estas enfermedades. Las estructuras de salud mental se encuentran en todos los niveles de atención, tanto atención primaria como especializada.

En el presente capítulo vamos a desarrollar las funciones que realiza el celador en el servicio de psiquiatría y la importancia de su trabajo.

2 Objetivos

- Explicar las funciones que realiza el celador en el Servicio de Psiquiatría en el ámbito hospitalario.
- Destacar la importancia de la labor del celador para el buen funcionamiento del Servicio de Psiquiatría.

3 Metodología

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

4 Resultados

Como podemos observar en la sociedad actual cada vez se generan más problemas de adicciones, ansiedad, estrés, que hacen necesario por parte de las autoridades sanitarias articular los recursos tanto personales como materiales necesarios para poder prevenir, promocionar y tratar las enfermedades en el ámbito de la salud mental.

Desde la Atención Primaria se hace hincapié en la promoción y prevención, así como la participación social, intentando evitar la reclusión del paciente en régimen de internamiento mucho más agresivo para el enfermo.

Desde la Atención Especializada se ofrece atención en consultas externas y también en régimen de hospitalización cuando la patología así lo requiere. También

están las unidades de conductas adictivas

Dentro de servicio de psiquiatría en el ámbito hospitalario, trabajan multitud de profesionales tanto sanitarios como no sanitarios entre los que se encuentran psiquiatras, psicólogos, enfermeros, auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos, celadores, etc.

Por un lado, tenemos las consultas externas que están anexas al hospital donde los pacientes acuden ambulatoriamente a las especialidades de psiquiatría y psicología clínica. Cuando la patología así lo requiere se procederá al ingreso en la planta de psiquiatría para su tratamiento y estabilización.

Dentro de este servicio desarrolla sus funciones el celador como apoyo al personal sanitario. Seguidamente vamos a desarrollar las funciones que realiza el celador en la unidad de psiquiatría en el ámbito hospitalario:

- Será el encargado de trasladar al paciente a la planta de psiquiatría para su ingreso desde el servicio de urgencias.
- Controlará el acceso a la unidad evitando la entrada de personas no autorizadas.
- Ayudará al personal sanitario en la contención de los pacientes cuando sea necesario.
- Llevará las muestras biológicas al laboratorio correspondiente.
- Bajará al servicio de lavandería los carros de ropa sucia cuando estén llenos, reponiendo uno vacío.
- Subirá las historias clínicas que le sean demandadas.
- Vigilará que exista el mayor silencio y orden posible en la planta.
- Recoger los pedidos de farmacia.
- Trasladará el aparataje y mobiliario necesario.

En general realizará todas aquellas funciones que le sean encomendadas por sus superiores dentro de sus competencias.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar las funciones del celador en la unidad de psiquiatría son de apoyo al personal sanitario, y consisten en auxiliar al mismo a la hora de por ejemplo contener a los pacientes para administrar medicación, realizar curas, o cuando estos se encuentren muy alterados. Por las condiciones de los pacientes a tratar el celador deberá tener una actitud positiva y capacidades sociales para ganarse la confianza de los pacientes y transmitirles tranquilidad y serenidad. Deberá igualmente el celador conocer todos los protocolos de actuación, sumamente importantes en esta unidad y seguirlos diligentemente, pues se trata de pacientes que pueden reaccionar de manera imprevisible.

6 Bibliografía

1. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-en-la-unidad-de-psiquiatria/>.
2. <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental-atencion-primaria>.
3. <https://revistamedica.com/funciones-celador-salud-mental-hospitalaria/>.

Capítulo 457

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO (UCSI)

BELEN PALACIOS LOZANO

CARMELO ZAMORANO PANZANO

PAULA DIAZ MECO ALVAREZ

MARIA ELENA MARTINEZ MORENO

LAURA TEBAR TORRES

1 Introducción

En un sistema de sanidad público es imperativo realizar una gestión impecable de los recursos, pues estos son limitados, por ello se realizan estudios para ver cuáles son las patologías más prevalentes y las que más urge atender, así como estudios para averiguar que cribados son oportunos realizar o qué vacunas incluir en el calendario vacunal.

La duración de las listas de espera es un indicador de la calidad del servicio de salud prestado a la población, y son una forma de gestionar y priorizar los recursos sanitarios, puesto que no es posible operar de forma inmediata a todos los pacientes que requieren de una intervención quirúrgica, y cada día habrá un número de equipos quirúrgicos, personal y quirófanos libres, es decir, los recursos son limitados. Por ello se clasifica a los pacientes en urgente, preferente o no

preferente atendiendo a la gravedad de su proceso patológico y al tiempo que pueden esperar sin que este evolucione o empeore su pronóstico, en las diversas listas de espera.

La evolución de la medicina ha resultado en la posibilidad de realizar intervenciones de forma ambulatoria con un tiempo de recuperación mínimo las cuales son realizadas en la unidad de cirugía sin ingreso.

En el presente texto se analizan las funciones del celador en la unidad de cirugía sin ingreso.

2 Objetivos

- Enumerar las funciones que el celador lleva a cabo en la unidad de cirugía sin ingreso.
- Desarrollar brevemente de qué tratan cada una de esas funciones, destacando la labor del celador en esta unidad.
- Poner en valor el trabajo que realiza el celador en la unidad de cirugía sin ingreso, necesario para el correcto funcionamiento de la misma.

3 Metodología

Para 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”, “unidad de cirugía sin ingreso”, “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 tiempos anteriores las cirugías contaban con menor tecnología y frecuentemente se optaba por un abordaje abierto, hoy en día tanto la instrumentación como las técnicas quirúrgicas han evolucionado de forma que el abordaje por laparoscopia cada vez es más común, así como la realización de técnicas menos agresivas. Todo ello acelera de forma notoria el tiempo de recuperación, hasta el surgimiento de procesos quirúrgicos que pueden ser realizados de forma ambulatoria, sin la presencia de un anestesista y con anestesia local en lugar de general y no requieren un ingreso posterior.

Esto permite agilizar la labor diagnóstica, pues estos pacientes que requieren una cirugía menor no ocuparan un hueco en quirófano ni una posterior cama en la unidad de hospitalización.

A continuación, se expondrán las funciones que desarrollará el celador en esta unidad.

El celador se encargará de acompañar o transportar a los pacientes en silla de ruedas desde la sala de espera hasta el vestuario de la unidad de cirugía sin ingreso, y, una vez allí le indicará el pijama desechable que ha de ponerse y la entrada a la unidad.

Asimismo, una vez ha finalizado la intervención ambulatoria, el celador acompañará al paciente a la salida de la institución sanitaria, pasando previamente por el vestuario donde el paciente se pondrá su ropa y recogerá sus pertenencias.

El celador colaborará en pequeñas tareas que le puedan ser ordenadas por el facultativo especialista, como es el posicionamiento correcto o sujeción del paciente, etc.

El celador se encargará de realizar el transporte de mobiliario, aparataje médico, documentos, historias clínicas, etcétera; así como de las cajas de farmacia pesada y botellas de oxígeno que sean necesarios en la unidad.

Otra labor de celador será recoger las jaulas llenas de ropa de cama sucia, pijamas de quirófano, etc., al final del día y trasladarlas a lavandería.

El celador procurará el silencio y el orden en esta unidad evitando el paso a todo personal no autorizado.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto a lo largo del presente texto la unidad de cirugía sin ingreso contribuye a agilizar de forma notoria los servicios quirúrgicos, presentando ven-

tajas económicas para la institución sanitaria, pues entrañan un ahorro para nada despreciable, así como multitud de ventajas para el paciente, pues el tiempo de recuperación es mucho menos y no será necesario que se quede internado en la unidad de hospitalización.

En la unidad de cirugía sin ingreso se hacen necesario que multitud de profesionales trabajen en equipo para que la unidad desarrolle su labor. El celador con su trabajo contribuye al correcto funcionamiento de esta unidad.

6 Bibliografía

1. Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI) – Hospital de Manacor. (n.d.). Retrieved, from <https://extranet.hmanacor.org/mapa-de-servicios/unidad-de-cirugia-sin-ingreso-ucsi/>
2. Funciones del Celador en las distintas Áreas o Servicios - Celadores.org. (n.d.). Retrieved from http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm#marc04

Capítulo 458

EL CELADOR Y SU ACTUACIÓN CON EL PACIENTE HOSPITALARIO. DETECTAR Y ANTICIPAR CAÍDAS

VICTOR GARCIA GARCIA

1 Introducción

Puesto que una de las funciones asignadas al celador es la de ayudar a la movilización del paciente hospitalizado, debemos tener un amplio conocimiento sobre cómo realizar las maniobras de la forma más segura, y saber cómo podemos anticiparnos a los riesgos que estas movilizaciones del enfermo conlleva.

Uno de los riesgos más comunes a los que nos podemos enfrentar habitualmente es al riesgo de accidente o caída.

Generalmente, y según estudios realizados, las personas más vulnerables a este tipo de accidentes, que son las caídas, son las personas mayores al tener menor movilidad.

El celador, en conjunto con la auxiliar de enfermería, son los componentes de la unidad hospitalaria que tienen un contacto más estrecho en la realización de las funciones de las movilizaciones de dichos pacientes vulnerables, y, por tanto, los que tienen mayor probabilidad a que le sucedan dichos accidentes.

Dentro del entorno hospitalario, se encuentran pacientes encamados que tienen mermada su movilidad por diversas causas, como pueden ser una operación reciente, larga convalecencia, o por ser de edad avanzada, necesitando siempre de la ayuda del celador para poder moverse.

Tenemos que tener en cuenta que una persona con movilidad reducida, aunque no solicite ayuda para realizar cualquier movimiento, debemos estar atentos para prevenir cualquier caída.

2 Objetivos

Exponer, explicar e indicar la actuación del celador con el paciente hospitalario en cuanto a detectar, anticipar y prevenir caídas.

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

Generalmente, el mayor riesgo de caídas, según los estudios realizados, las sufren aquellos pacientes de edad avanzada, y cuyas edades oscilan entre los 65 y los mayores de 80 años.

En este tipo de pacientes, las causas de su falta de movilidad, pueden ser tanto de origen físico, provocada por el propio envejecimiento, falta de equilibrio, bajo tono muscular, etc. como de origen psíquico, falta de seguridad en sí mismo, miedo a caerse provocado por haber sufrido caídas anteriores.

Los accidentes por caída son una causa importante de mortalidad en la población envejecida.

Por consiguiente, aparte de tener en cuenta la edad del paciente a movilizar y teniendo claro que existen grandes diferencias a la hora de movilizar a un paciente joven, y, por tanto, se supone que, en buena condición física, existen otros factores de riesgo que también debemos tener en cuenta antes de proceder a la movilización.

En consecuencia, no ir nunca con prisas, y realizar previamente la revisión de los elementos que conforman el mobiliario, recogeremos o moveremos cualquier utensilio que nos impida realizar el trabajo con seguridad, con espacio suficiente, quitando cualquier cosa que nos pueda hacer tropezar.

Nos aseguraremos de que el suelo no está húmedo, para evitar que podamos resbalar.

Acercaremos cama y sillón para tener el menor recorrido posible, y facilitar así el traslado del enfermo de uno a otro.

Comprobar que el paciente cuenta con un calzado apropiado que no nos impida realizar correctamente la movilización.

Cuando tengamos cogido al enfermo, debemos asegurar bien nuestros pasos para que este no se caiga.

En resumen, debemos asegurar el entorno del paciente previamente a realizar la movilización.

Preguntas, como por ejemplo, si el enfermo es el primer día que se levanta, si lleva mucho tiempo encamado, si hace algo de pie por sí mismo, si se levanta habitualmente o sufre algún trastorno emocional.

Las preguntas nos ayudarán a tener información sobre su estado y nos dará idea a qué tipo de movilización nos enfrentamos.

Recordar que no debemos movilizar a ningún paciente, ni aunque este nos lo pida insistentemente, por nuestra propia iniciativa, siempre bajo supervisión, ya que la movilización siempre estará indicada por el equipo médico o de enfermería, que son los que valoran si hay que realizarlas.

Tener especial cuidado, como ya hemos mencionado anteriormente, con aquellas personas de edad avanzada, ya que, por lo general, tienen mermadas sus funciones físicas o mentales, menos fuerza muscular, debilidad, falta de equilibrio y como no, miedo a sufrir caídas, lo que les provoca una gran inseguridad a hora de colaborar con nosotros en la movilización, aumentando así el riesgo de sufrir un accidente durante la realización de nuestro trabajo, que consiste en proporcionarles seguridad y ayuda a la hora de moverse.

Cuando sospechamos que se pudiera tratar de un paciente con alto riesgo de caída, se requerirá de la ayuda de otros profesionales que conformen la unidad de hospitalización.

También influye el estado del paciente, la medicación con la que esté siendo tratado, ya que pueden provocar mareos, somnolencia, etc. y, así pues, deberíamos ser informados con anterioridad de ello por los compañeros que conforman la unidad, puesto que es un factor muy importante que interviene a la hora de realizar la movilización

5 Discusión-Conclusión

Es importante valorar los riesgos cuando nos encontremos ante la función de movilizar a un paciente que disponga de una movilidad reducida, o carente de ella.

Hay que conocer ampliamente las formas de movilización, mediante el aprendizaje y la experiencia adquirida profesionalmente en nuestro puesto de trabajo.

No obstante, también debemos tener en cuenta algunos factores que pueden influir en la prevención del riesgo de caída. Evaluar determinados factores nos ayudará a poder anticiparnos a que determinados sucesos indeseables ocurran.

Debemos actuar despacio, sin prisas, antes de realizar el trabajo y valorar los riesgos que pueden conllevar determinados enfermos, evitará en gran medida que podemos cometer errores a la hora de realizar nuestro trabajo.

Hay que tener en cuenta la importancia de la comunicación y la opinión del resto del equipo sanitario que trabaja con nosotros.

Debemos observar el estado en el que se encuentra el paciente a movilizar, así como preguntar e informarnos con el resto del equipo sanitario sobre el enfermo antes de proceder a la movilización. Incidir, por lo tanto, en la importancia que supone valorar posibles riesgos de sufrir un accidente o caída del paciente mientras estamos realizando las funciones de movilización.

Anticiparnos y sopesar dichos riesgos a la hora de realizar un trabajo, nos evitará consecuencias desagradables, tanto para el enfermo como para nosotros mismos. Recaltar que la observación de entorno, comunicación tanto con el paciente como con los miembros del equipo sanitario que forman parte de la unidad hospitalaria nos será de gran ayuda.

Debemos siempre preocuparnos previamente por el estado en el que se encuentra la persona a movilizar, si estado físico es bueno o malo y colabora, su estado psíquico, medicación, etc. y explicarle previamente al paciente la acción que vamos a realizar, y cómo se va a proceder, y asegurarnos siempre de que nos ha entendido perfectamente, ello fomentará una mayor seguridad en sí mismo. Hacerle entender que nuestro trabajo consiste en ayudarlo.

No debemos dejar nunca que nos influya una situación de estrés laboral, fomentada por las prisas o el volumen de pacientes a movilizar, no dejarse llevar por el exceso de trabajo y siempre trabajar con calma. Las prisas llevan a tener consecuencias no deseadas.

Es imprescindible trabajar con seguridad, aunque sea más despacio, evitará en gran medida el riesgo de sufrir accidentes con los pacientes a movilizar y no debemos dudar nunca en pedir ayuda a un compañero si consideramos que lo precisamos, hay que realizar los trabajos con seguridad ante todo.

6 Bibliografía

1. revistamedica.com.
2. www.juntadeandalucia.es.
3. www.chospob.es.

Capítulo 459

EL TRABAJO REALIZADO POR UN CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ

MARIA TERESA SANCHEZ RODENAS

MARIA DEL MAR ABENGOZAR ARIAS

MARIA ASCENSIÓN LÓPEZ MURCIA

MARÍA MOYA APARICIO

1 Introducción

La unidad de vigilancia intensiva, también denominada unidad de cuidados intensivos (UCI), es un servicio altamente especializado en la asistencia, vigilancia y control de pacientes en estado crítico.

Puede caracterizarse como un área particular del hospital donde, de manera adecuada, es posible monitorear, realizar procedimientos de diagnóstico, ayudar al mantenimiento controlado de las funciones vitales y administrar el tratamiento definitivo a aquellos pacientes cuya vida está en peligro, está en peligro por enfermedades que pueden ser curables.

Debido a la naturaleza de los pacientes que ingresan, los celadores deben estar muy bien preparados para manejar los cambios posturales de los pacientes de manera adecuada porque su movilidad no puede ser brusca.

Muchas tareas diferentes se incluyen en las responsabilidades del celador de la UCI, tales como:

- Proporcionar controles de entrada y salida, así como la vestimenta adecuada (bata desechable, gorros, polainas, mascarillas, guantes, etc.).
- El personal de enfermería solo asiste en los procedimientos de diagnóstico que no se pueden realizar en el lugar y el médico debe acompañar a los pacientes durante los traslados.
- Traslado de cualquier mobiliario o equipo que se requiera en la referida unidad, tales como línea blanca, papelería y correspondencia.
- Estar disponible para asistir al paciente mientras está en cama o en camilla con ajustes posturales.

2 Objetivos

En este trabajo el objetivo es describir las funciones que tiene un celador dentro de la unidad de cuidados intensivos.

3 Metodología

Como parte de la investigación para el desarrollo de este capítulo se realizó una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica actualmente publicada. También se han consultado las bases de datos primarias Pubmed, Scielo y Medline para artículos, con un enfoque en la selección de artículos científicos de publicaciones académicas examinadas.

4 Resultados

Para ayudar a la enfermera y a los auxiliares a movilizar a los pacientes que ellos indiquen por su gravedad, los celadores deben realizar ciertas tareas mientras trabajan en la UCI. Los celadores moverán con cuidado el equipo y los suministros necesarios para no dañarlos. Cuando no haya una ubicación central, moverán la botella de oxígeno al lado de la cama del paciente, la abrirán y ajustarán el manómetro bajo la supervisión de una enfermera.

Tanto la entrada como la salida de la visita deben estar bajo su control, y deben asegurarse de que todos los visitantes estén debidamente autorizados y vestidos para la ocasión (bata desechable, papis, gorros, etc.). Con el fin de realizar pruebas

diagnósticas que no se puedan realizar en la unidad, trasladará a los pacientes, acompañados de un médico y personal de enfermería.

Dada la condición de los pacientes, una de las responsabilidades de los celadores es asegurarse de que estén uniformados y con bata aséptica cada vez que entren y salgan. También deben estar muy bien preparados para mover a los pacientes porque esto no se puede hacer de manera brusca. Dependiendo del hospital, de cómo se distribuya el personal y de la capacidad de las unidades, que pueden tener una sola unidad o estar dividida en varias, el desempeño de un celador en la unidad de cuidados intensivos puede cambiar.

En la bibliografía encontrada para este trabajo, fue posible ver que algunos de estos manuales y guías definen los roles del personal de enfermería, incluyendo a los auxiliares de enfermería y celadores claramente definidos, para ayudar al personal a organizarse y brindar una atención primaria excepcional, lo que indica que los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) recibirá la atención que necesitan para ayudarlos en su recuperación total.

5 Discusión-Conclusión

Al estar a cargo del bienestar del paciente y de la tramitación de sus procedimientos, el personal no sanitario, en particular los celadores, son uno de los pilares más importantes de los servicios de salud, sin los cuales la atención al paciente sería casi imposible y desastrosa. Esto se debe a que aseguran que el paciente está satisfecho con la atención que ha recibido de su Servicio de Salud.

Cuando los pacientes y sus familiares llegan a la institución, generalmente se comunican primero con el celador. Este aspecto es crucial porque la forma en que se hace este contacto puede influir en que las personas piensen favorable o negativamente de ellos. A la luz de esto, es crucial que este personal reciba una buena formación continuada.

6 Bibliografía

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

Capítulo 460

EL CELADOR Y SU ACTUACION EN SALUD MENTAL

ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ

MARIA TERESA SANCHEZ RODENAS

MARIA DEL MAR ABENGOZAR ARIAS

MARIA ASCENSIÓN LÓPEZ MURCIA

MARÍA MOYA APARICIO

1 Introducción

Cuando nos referimos a psiquiatría, nos referimos a la rama de la medicina cuyo objetivo es investigar, identificar, tratar y prevenir las enfermedades mentales. Ciertos trastornos de la personalidad y del comportamiento en las personas son tratados por la psiquiatría.

El celador de las unidades psiquiátricas necesita una formación especializada que le permita al menos distinguir entre los distintos tipos de enfermedades mentales, conocer las características de cada enfermedad y conocer las distintas unidades disponibles para el tratamiento de las enfermedades mentales. enfermedades.

Discutiremos la importancia de un celador en el contexto de la salud mental en este capítulo. El campo de la salud mental ha avanzado mucho a lo largo de los años, pero también ha habido un aumento en el número de personas afectadas por una enfermedad mental, hasta el punto de que aquellos que ya la habían

experimentado podían ver cómo empeoraba. Este aumento se ha atribuido tanto al tiempo como a otros eventos como la pandemia de COVID.

Sin embargo, centrándonos en el tratamiento de la enfermedad mental en el ámbito médico, contamos con mejores profesionales, mejor formados gracias a la investigación, nuevas técnicas innovadoras, y psiquiatras expertos en este campo, así como enfermeras y celadores de psiquiatría donde nos concentraremos en sus funciones y los pacientes que debe tratar con diferentes tipos de patologías mentales.

2 Objetivos

- Describir las funciones y deberes del celador con respecto a los pacientes que padecen una o varias patologías mentales.

3 Metodología

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

4 Resultados

A gran escala, el celador en el campo de la salud mental está obligado a realizar una serie de tareas y obligaciones en relación con el paciente que va a ser tratado. Ponemos un fuerte énfasis en apoyar al paciente y darle la seguridad y seguridad en sí mismo que necesita para desarrollar una conexión con ellos y tener interacciones agradables. Usar su nombre, expresar interés en él, aprender lo que le gusta, etc., son algunos ejemplos.

Todo esto ayuda a conocer mejor al paciente para que pueda expresar libremente cómo está y cómo se siente en función de la situación en la que se encuentre. También podemos observar cómo responde a sus palabras y toques para ver si tiene una reacción positiva o negativa, hablando con paciencia, calma y sosiego. Siempre se debe recordar que el celador debe evitar iniciar o continuar una conversación con el paciente y debe asegurarse de que no esté presente ningún objeto

que el paciente pueda utilizar para lastimarse a sí mismo o a los demás profesionales médicos que están a cargo de su tratamiento y cuidado.

El celador le explicará al paciente cómo interactuará con él, el procedimiento o las reglas que se seguirán para ayudarlo con el tratamiento prescrito y cómo puede sentirse mejor. El celador debe consultar con sus compañeros de trabajo antes de actuar si un paciente muestra una actitud violenta o cambiada en lugar de enfrentarse solo a la situación. Por lo tanto, puede optar por tener a un miembro de la familia en la habitación con él si eso lo ayuda a calmarse, o si la situación es más grave, necesitaría que le administren medicamentos y use inmovilización mecánica para protegerse a sí mismo y a los demás.

5 Discusión-Conclusión

Después de realizar esta investigación he llegado a la conclusión de que por ser los que más tiempo pasan con el paciente, el celador es un pilar fundamental dentro del campo de la salud mental, posiblemente incluso más que el médico. Son comparables al papel de la enfermera. En cuanto al trato del paciente, el celador es especialmente importante porque, dependiendo de si el paciente presenta o no un comportamiento violento, el celador actuará de forma diferente en cada situación. Esto convierte al celador en una figura importante para conocer al paciente y entender cómo tratarlo.

Debido a que el celador es responsable de velar por la integridad del paciente y de los demás, debe estar bien preparado para tratar cualquier problema que pueda surgir con el paciente y forjar un vínculo entre ellos que será extremadamente beneficioso para ambas partes.

6 Bibliografía

1. VV.AA. (2014). La comunicación con el paciente: Habilidades emocionales para los profesionales de la salud, 11-23. Elsevier España.
2. VV.AA. (2012). Actuación del celador en las unidades de salud mental y Toxicomanía. MAD, España.

Capítulo 461

EL CELADOR Y SU PAPEL CON LOS PACIENTES CON ALZHEIMER

ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ

MARIA TERESA SANCHEZ RODENAS

MARIA DEL MAR ABENGOZAR ARIAS

MARIA ASCENSIÓN LÓPEZ MURCIA

MARÍA MOYA APARICIO

1 Introducción

La condición que resulta en demencia con mayor frecuencia en las personas mayores es la enfermedad de Alzheimer. Al principio, se mueve muy lentamente. Primero tiene un impacto en el área del cerebro a cargo del pensamiento, el habla y la memoria. La enfermedad de Alzheimer empeora gradualmente sus efectos y puede llevar a que las personas pierdan el contacto con sus familiares más cercanos. Estos son algunos síntomas:

- La pérdida de la memoria a corto y largo plazo es el problema principal.
- Modificaciones en la personalidad (depresión, apatía, ansiedad e irritabilidad).
- Distracción y problemas de atención.
- Una disminución de la energía.
- Problemas con la ejecución de AVD.
- Dificultades para hablar y escribir con el lenguaje.
- Mala coordinación motora, que dificulta caminar, subir escaleras, etc.).

El trabajo del celador es más crucial en tareas donde las intervenciones farmacológicas no son necesarias.

Los pacientes de Alzheimer suelen tener dificultades para vestirse y quitárselo, lo que hace que sea una actividad costosa para ellos. Por lo tanto, se recomienda encarecidamente usar ropa sin botones (el velcro es el mejor sustituto) y usar pantalones con un diseño sin cinturón. Use, en otras palabras, ropa que sea lo más fácil de quitar y poner posible.

Con una enfermedad más grave, los pacientes tienen mucha menos capacidad para moverse, lo que hace que el trabajo del celador sea aún más crucial.

2 Objetivos

- Describir el protocolo a seguir por los celadores en el trato con este tipo de 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

Para que los celadores gestionen adecuadamente a los pacientes con esta patología se establece un protocolo de actuación especial. Esto se debe a que los celadores necesitan diferentes tipos de técnicas y asistencia que otros profesionales de la salud que están capacitados para tratar enfermedades neurológicas.

Estos temas están cubiertos:

1. Crear un entorno basado en la rutina y la coherencia para que el paciente pueda seguir funcionando con normalidad a pesar de sus limitaciones.
2. Evite corregir al paciente más de una vez en el mismo día para evitar frustrarlo porque podría olvidar las correcciones anteriores.
3. Para prevenir la depresión, es fundamental evaluar e informar cualquier síntoma que pueda indicar depresión.

4. Los pacientes necesitan sentirse tranquilos y cómodos, y si se adhieren a algunas reglas todos los días, puede ayudarlos a sentirse así. Tomar fotografías, leer libros, participar en terapia musical y artística, hacer ejercicio físico, etc., puede ser útil, posiblemente.
5. El paciente recordará para qué sirven si los utensilios de cocina de su habitación están claramente marcados.
6. Lo harán ayudarlo a determinar la fecha correcta mediante el uso de un calendario y un reloj para desplazarse por los días anteriores al actual.
7. El trato debe ser cálido y amable. Es crucial hablar claro y suavemente.
8. Cada vez que ingrese a la habitación, debe presentarse al paciente y mirarlo a los ojos mientras habla.
9. Se hará énfasis en los comportamientos no verbales como el lenguaje corporal, las expresiones faciales y otros.
10. Las indicaciones para la realización de las actividades deben ser claras y no excesivamente complejas. Para que sean más fáciles de entender, las grandes tareas deben dividirse en hitos más pequeños.
11. El paciente siempre debe sentirse incluido en la discusión.
12. Con el paciente, retroceda en el tiempo y ayúdelo a recordar experiencias pasadas.

5 Discusión-Conclusión

Seguir este protocolo disminuiría las molestias que experimenta este tipo de pacientes, cuya primera interacción suele ser con los celadores, al igual que todo lo visto anteriormente en este capítulo. Además, estos pacientes generalmente se quedan más tiempo de lo habitual ingresados en los centros hospitalarios, lo que ayudará a su salud mental al permitirles relajarse tanto como sea posible. Además, esto facilitaría una mejor comunicación verbal y no verbal con el paciente. Si pudiéramos controlar los factores de riesgo ambientales, sería más fácil para nosotros entender sus necesidades a la luz de los distintos niveles de gravedad de esta enfermedad.

6 Bibliografía

1. LM Pina, S García, MJ García, CR Illán, MC Álvarez y M Martínez: Intervenciones enfermeras dirigidas a los pacientes de Alzheimer y a sus cuidadores: una revisión bibliográfica.

2. C Nieto Morales, L Nieto Cabrera y MM Jiménez Peñas: Reflexiones sobre los efectos del trabajo con personas mayores en el personal sanitario.

Capítulo 462

FUNCIONES DEL CELADOR CON EL PACIENTE ENCAMADO

CRISTINA ANTONAYA MORCILLO

JOSÉ DOMINGO LANZAS MARTÍNEZ

MARÍA DEL CARMEN RUBIO DIAZ

JOSE LUIS SANCHEZ JIMENEZ

SEBASTIÁN NÚÑEZ VALERO

1 Introducción

Movilizaciones del personal subalterno.

En la mayoría de las unidades del centro hospitalario es necesaria la movilización del paciente para poder realizar adecuadamente la actividad asistencial o poder realizar una exploración médica completa. Es por ello, que la figura del celador se encuentra en cada uno de estos servicios donde es necesaria la movilización del paciente.

- Quirófano.

El celador ayudará al paciente a posicionarse en la mesa de operaciones, y lo movilizará hasta colocarlo en la posición quirúrgica requerida para cada intervención.

- Radiología.

El celador ayudará al paciente a posicionarse en la mesa, y lo movilizará hasta colocarlo en la posición requerida para cada radiografía solicitada.

- Urgencias.

El celador movilizará al paciente para que pueda ser explorado por el equipo médico.

- Unidad de cuidados intensivos.

El celador, junto al resto del equipo profesional, movilizará al paciente para realizar cuidados de espalda y zonas corporales sobre las cual se ejerce más presión. Durante dichas movilizaciones, es necesario que el celador siga una serie de normas sobre ergonomía postural para evitar daño o lesión en su propio cuerpo.

- Tener una base adecuada de apoyo.
- Utilizar su centro de gravedad.
- No doblar la espalda.
- Ayudarse de las piernas para ejercer más fuerza y liberar la espalda.

2 Objetivos

- Detallar las movilizaciones realizadas por el celador con el paciente encamado.
- Enumerar los servicios donde es necesaria la presencia del celador para movilizar al paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Actuación del celador con el paciente encamado.

En las plantas de hospitalización de un centro sanitario se encuentra un gran número de pacientes que requieren de la ayuda del personal sanitario y no sanitario para poder moverse, puesto que presenta una movilización pasivo debido a diversas causas. Las causas de inmovilización más comunes son:

- Diagnóstico clínico grave o reservado que impide la movilización del paciente.
- Condiciones físicas del paciente que no pueden moverse por su propia cuenta.

- Recomendación médica de permanecer en reposo absoluto y no poder levantarse de la cama.
- Lesión traumatológica que impide al paciente moverse con normalidad y con autonomía.

En cada uno de estos casos, es necesaria la participación del celador para mover al paciente. Sin embargo, esta movilización no puede ser realizada por una única persona, por lo que es necesaria la participación de como mínimo un profesional más, sin necesidad de pertenecer a la misma categoría, puesto que puede ser un técnico en cuidados auxiliares de enfermería o el enfermero responsable del paciente. Estos profesionales realizarán las siguientes funciones en relación con la movilización de los pacientes:

- Participar durante el plan de cambios posturales del paciente encamado cada dos o tres horas.
- Mover al paciente para el aseo diario de cada mañana.
- Mover al paciente encamado para que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería pueda cambiar la ropa de cama.
- Mover al paciente encamado para que el enfermero pueda realizarle las curas necesarias al paciente.
- Mover al paciente encamado para que el equipo médico pueda explorar al paciente al detalle.
- Mover al paciente encamado para que el técnico en imagen y radiodiagnóstico pueda introducir la placa para poder realizarle una placa en directo, sin necesidad de trasladar al paciente al servicio de radiología.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, una de las principales funciones del personal subalterno es la movilización del paciente para poder realizarse multitud de actividades, ya sean asistenciales, sanitarias o exploraciones médicas.

Cabe destacar, que en la mayoría de las ocasiones estos pacientes presentan grandes pesos que un único celador no puede mover en solitario y tampoco puede ser movido con la ayuda de una grúa hidráulica, por lo que es necesaria la presencia de un mayor de profesionales que ayuden durante la movilización de estos pacientes, garantizando mayor seguridad en el paciente y en el propio profesional.

6 Bibliografía

1. Aguilar,M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada logoss. 2013
2. Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
3. GARRIDO, J.M. El celador en el quirófano. España. Formación continuada Logoss. 2013
4. GARRIDO, J.M. El celador ante pacientes geriátricos. España. Formación continuada Logoss. 2013
5. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021.

Capítulo 463

LAS FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN AL PACIENTE, CONSULTAS, ALMACÉN Y GERENCIA

M^a FERNANDA DEL CERRO NAVARRO

MARTA DE LA CRUZ DE LA ROSA

MARÍA ESMERALDA PÉREZ FERNANDEZ

SANDRA RONCERO GONZÁLEZ

ZULEMA GUTIERREZ ORTEGA

1 Introducción

La ley 41/2002 Reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación sanitaria, es la que se encarga de regular los deberes y los derechos por parte de la administración respecto al paciente o usuario. Esta nueva ley nos habla del derecho del enfermo a que conozca toda la información que se le pueda proporcionar sobre su salud.

Sabemos que en el ámbito de la sanidad tenemos grandes profesionales que se encargan de los pacientes y que con su trabajo logran el buen funcionamiento del hospital o de los centros de atención primaria, probablemente si nos ponemos a pensar, los primeros que vengan a nuestra cabeza sean los médicos o los enfermeros, olvidándonos o dejando para último lugar el gran trabajo de los auxiliares

administrativos, sin los cuales, el trabajo del día a día no podría salir adelante, debido a la gran cantidad de funciones que realizan.

Y es aquí donde empiezan las distintas actuaciones del auxiliar administrativo, dando buena atención al paciente cuando llega al centro médico, aunque también conoceremos, aparte de la atención al público, como se encargan de la documentación, manejo de equipos informáticos, registros e incluso gestión de cobros en sanidad privada.

2 Objetivos

- Exponer cuáles son las principales funciones del auxiliar administrativo en atención al paciente, consultas, almacén y gerencia.

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo se ha procedido a una revisión bibliográfica buscando datos en diferentes libros, revistas científicas y artículos ya publicados, así como páginas de internet como son: scielo, google, google académico y medline entre otras.

Incluyo también mi propia experiencia junto con la de otros compañeros de como desarrollábamos la actividad profesional, aportando información de cómo ejecutamos el trabajo dentro del departamento.

4 Resultados

Como ya hemos comentado anteriormente el auxiliar administrativo suele ser el gran olvidado en los centros sanitarios pero sin ellos el funcionamiento de estos no sería óptimo.

Si se encuentra en atención al paciente, a lo largo de su jornada laboral se encarga de atender a los pacientes ya sea telefónicamente o cara a cara y en todo momento debe mantener un trato cordial con el paciente cuando este le cuenta su caso e incluso ofrecerle ayuda en caso de necesitarla. El auxiliar administrativo debe generar un informe digital en admisión cuando el paciente llega, donde plasme todo lo que le ocurre para que así quede constancia de la visita y no se pierda dicha información. También se encarga de todo lo relacionado con las citas médicas, gestionando las agendas del hospital y coordinando que cada paciente sepa que consulta tiene y en que horario debe acudir al centro médico para su

atención, llegando incluso (esto depende de las distintas gerencias), a llamar al paciente para recordarle la fecha y la hora de su cita.

Otra de las ocupaciones del auxiliar administrativo, es atender las quejas y reclamaciones que puedan tener los pacientes, llegando a tener que apagar algún que otro fuego y empatizar y ofrecerles su ayuda para que estos problemas sean subsanados a la mayor brevedad posible.

Es sabido que los pacientes a veces quieren segundas opiniones de su diagnóstico, son los auxiliares administrativos, los que se encargan de rellenar los formularios con los datos y pruebas que solicita el paciente, pues este último necesita de esa información para poder entregarla otro facultativo. Una vez cumplimentado ese formulario, el auxiliar administrativo, recopila toda la información y concreta una cita con el paciente para poder entregarle todo lo solicitado.

Cuando el auxiliar administrativo se encuentra en consulta dando apoyo al médico, su tarea se centra en tener la agenda actualizada, tener control de los pacientes que van a ser atendidos a lo largo del día y que sus historias clínicas se encuentren en la consulta, así como actualizar dichas historias clínicas con la nueva información que pueda incorporar en ese momento el facultativo. En esta posición, el auxiliar administrativo tiene que ser una persona discreta, pues tiene a su alcance información confidencial e importante de los pacientes y sus dolencias.

En otro departamento, como pueda ser el almacén, el auxiliar administrativo se encarga en un primer momento de tener conocimiento en todo momento del inventario, sabiendo así de qué materiales se dispone para el buen funcionamiento del centro. Gestiona los pedidos que han de hacerse solicitando el material que se necesita y lleva a cabo la gestión de albaranes con las existencias que llegan al centro controlando en todo momento el stock, encargándose también de la salida de artículos del almacén.

Por último cuando el auxiliar administrativo se encuentra en el departamento de gerencia del centro, este tiene la labor de tener conocimiento del protocolo institucional y empresarial, encargándose de compras, control de proveedores hacer registros de entregas y cumplimentación de cheques y documentos de pago apoyando así al departamento de contabilidad. Debe tener también conocimiento de cálculo y operaciones aritméticas, manejándose en el uso de diversos programas informáticos y maquinaria de oficina como pueden ser computadoras, fotocopadoras o una simple calculadora.

5 Discusión-Conclusión

Hemos visto así, el importante papel que desarrolla el auxiliar administrativo en distintos departamentos del centro sanitario. Estos profesionales se encargan de facilitar soluciones y que aunque no son considerados profesionales sanitarios, su papel es indispensable y que además debe tener ciertas aptitudes para el desarrollo eficiente de las labores, aportando compromiso y ética, junto con una capacidad de resolución ante problemas, siendo capaz de priorizar tareas que requieran de más o menos atención. Destacamos también la importancia de ser una persona proactiva, amable y con don de gentes a la hora del trato con los pacientes, resolutivo a la hora de trabajar bajo presión y con capacidad de trabajo en equipo. De esta manera vemos que, aunque el auxiliar administrativo sea el gran olvidado, con su trabajo consigue el buen desarrollo y funcionamiento de los centros sanitarios en el día a día.

6 Bibliografía

1. Formación Alcalá: <https://www.formacionalcala.com/articulos/113/funcionesdel-auxiliar-administrativo-sanitario#:text=La%20atenci%C3%B3n%20al%20p%C3%ABlico%2C%20la,un%20auxiliar%20administrativo%20en%20Sanidad>.
2. Oposiciones.es: <https://oposiciones.es/oposicionesauxiliaradministrativosanidad/funciones/>.
3. Workable better hiring: <https://resources.workable.com/es/gerenteadministrativo-de-hospital-descripcion-del-puesto>.
4. Ised: <https://www.ised.es/pruebas-de-acceso/regulacionesdeunadministrativo-sanitario/>.
5. Salud pública de Mexico: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5727>

Capítulo 464

LOS TIPOS DE DATOS EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SALUD MANEJADOS POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO: DATOS CLÍNICOS Y NO CLÍNICOS

M^a FERNANDA DEL CERRO NAVARRO

MARTA DE LA CRUZ DE LA ROSA

MARÍA ESMERALDA PÉREZ FERNANDEZ

SANDRA RONCERO GONZÁLEZ

ZULEMA GUTIERREZ ORTEGA

1 Introducción

En el Sistema de Información de Salud (SIS), podemos distinguir dos sistemas de recogida de datos:

- Los datos agregados. Los datos agregados se recogen de diferentes fuentes y se combinan en un resumen para su análisis. En algunos sectores sanitarios se utilizan datos agregados que hacen referencia a un período concreto dentro del ámbito nacional, regional e incluso local. El inconveniente de este sistema es que resulta poco flexible.

- Los datos individualizados. Consiste en la recogida de datos de cada paciente, lo cual proporciona una mayor flexibilidad para adaptarlos a una situación concreta, pero, al mismo tiempo, este sistema consume un mayor número de recursos.

Ambos sistemas recopilan información con el objetivo de proporcionar información sobre la salud de los ciudadanos, aunque a veces, surgen problemas concretos para los que ninguno de los sistemas puede dar respuesta, ya que estos problemas requieren de un estudio mucho más profundo, lo cual implica un mayor coste de tiempo y por consiguiente, de recursos.

Existen tres elementos básicos para que un SIS funcione correctamente: los datos, el personal y el equipo.

El personal, que debe ser mayoritariamente sanitario, lo componen todos aquellos profesionales que se encargan de la recogida, procesamiento y análisis de los datos.

Este personal debe estar cualificado para el manejo de las nuevas tecnologías para poder acceder a la información de una manera eficiente y práctica. Se requiere, además, que haya personal altamente capacitado, ya que son muchos los subsistemas de información, y su comprensión, en algunos casos, puede requerir una cualificación profesional determinada. El equipo, por su parte, permite el procesamiento técnico de todos los datos.

2 Objetivos

Conocer como personal no sanitario que trabaja en un centro hospitalario algunas cuestiones básicas relacionadas con los datos clínicos y no clínicos de un paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Dentro de los Sistemas de Información de la Salud (SIS), se manejan dos tipos de datos: los datos clínicos y los no clínicos.

Los datos clínicos son aquellos datos que ayudan a analizar el recorrido clínico de un paciente y tomar decisiones sobre su estado de salud. Se refieren por ejemplo a alergias, antecedentes familiares, listado de sus problemas de salud, intervenciones, evolución clínica, informes de urgencias, pruebas complementarias, etc. Se entiende por datos no clínicos, aquellos datos personales o de contacto, como la edad, fecha de nacimiento, teléfono, dirección de contacto, email, etc.

Los datos que debe almacenar un Sistema de Información Sanitaria han ido evolucionando, tanto por cambios legislativos como por la aparición de nuevos datos que pudieran considerarse importantes, como el teléfono móvil o el email, entre otros. Un buen ejemplo lo tenemos en la actualidad, con el almacenamiento de los datos referentes a la situación COVID del paciente. Está claro que los datos van evolucionando.

En un principio, las estadísticas tenían una finalidad administrativa y se complementaban con datos sobre enfermedades infecciosas, a fin de que la Administración Pública pudiera detectarlas más rápidamente. Este sistema permitió conocer a lo largo del tiempo la evolución de la salud de la población y reducir los niveles de morbilidad y mortalidad a consecuencia de enfermedades infecciosas, ya que permitió que se hicieran grandes avances en cuanto a las causas por las que se enfermaba y se moría.

Posteriormente, debido al auge de los centros sanitario de salud, empezó a darse más importancia a aquella información que hacía referencia a los recursos, a los costes y a los resultados.

Con el paso del tiempo se fueron introduciendo cambios en los instrumentos de recogida de datos, en el modo de procesar la información, en los criterios diagnósticos, en el aumento de los recursos sanitarios, etc.

Actualmente, se han planteado cambios de gran relevancia dentro del SIS, debido a que se ha constatado que los problemas de salud tienen unos condicionantes específicos y que son susceptibles de un análisis epidemiológico.

Bien es sabido, por la experiencia vivida con el virus del COVID, que recientemente, se ha introducido el concepto de vigilancia epidemiológica, ya que se concibe a la enfermedad como un signo de alarma que, si bien en principio es individual, puede terminar afectando a la comunidad.

La información recogida por un Sistema de Información Sanitaria debe aparecer desagregada por zonas geográficas delimitadas, tanto histórica como cultural-

mente, y por la situación socioeconómica de la población. Además, un SIS ha de ser capaz de integrar toda esa información en todos los niveles sanitarios.

Para poder conocer las necesidades de salud de la ciudadanía y establecer prioridades para poder satisfacerlas, es totalmente necesario que un SIS incluya los siguientes datos:

- Datos demográficos, en cuanto a edad, sexo, natalidad, mortalidad, migraciones, etc.
- Datos socioeconómicos, en cuanto a la distribución de la renta, producto nacional bruto, mercado de trabajo, renta per-cápita.
- Datos del estado de salud de la población. Mortalidad reflejando las causas que la producen, morbilidad atendida en centros de salud, indicadores de mortalidad específicos, morbilidad relacionada con epidemias, incapacidades temporales o permanentes, inmunidad general de la población, etc.
- Calidad sanitaria de las viviendas, inspecciones del agua que se consume, del aire, etc.
- Datos referentes al sistema sanitario. Gasto público y privado, porcentaje del presupuesto nacional que se destina a sanidad, recursos humanos y materiales necesarios, sistemas de financiación y de asistencia sanitaria, tipo de acceso y utilización del sistema sanitario, calidad del mismo, etc.
- Datos relativos a factores que promueven la salud o bien que suponen un riesgo para la misma. Medidas nutricionales, actividad física, alcoholismo, tabaquismo, etc.
- Datos sobre la calidad del medio ambiente y elementos que suponen un riesgo.
- Organización social y política. Formas de participación de la población en la política, cómo se desempeña la soberanía popular, etc.

5 Discusión-Conclusión

Como personal no sanitario que trabaja en un centro hospitalario, hemos podido conocer algunas cuestiones básicas relacionadas con los datos que se recogen en el ámbito sanitario, distinguiendo entre el sistema de recogida de datos agregados y el de datos individualizados. También hemos sabido que hay tres elementos básicos para el correcto funcionamiento del SIS, que son los datos, el personal y el equipo.

El estudio de este capítulo, nos ha permitido distinguir entre los datos clínicos y no clínicos, así como darnos cuenta de la evolución que ha experimentado, con el paso del tiempo, el tipo de datos que se recogen. Actualmente, se considera que los datos de mayor importancia son: datos demográficos, socioeconómicos,

organización social y política, referentes al sistema sanitario, referentes a factores que promueven la salud o riesgos, calidad del medio ambiente, estado de salud de la población, etc.

6 Bibliografía

- 1- Elsevier. Datos clínicos esenciales de la historia clínica de atención primaria: una experiencia de evaluación y mejora. JJ. López-Picazo Ferrer. 2002. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulodatosclinicos-esenciales-historia-clinica-13033742>
- 2- Ministerio de Sanidad. SIAP. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria – BDCAP. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/home.htm>
- 3- Rosario Granero Pérez. Mejora de la calidad de la gestión de los datos clínicos a través de sistemas computarizados. 1998. <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5462/TRGP1de8.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 4- Scielo. 2015. Sistemas de Información en Salud: Integrando datos clínicos en diferentes escenarios y usuarios. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000200020

Capítulo 465

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

M^a FERNANDA DEL CERRO NAVARRO

MARTA DE LA CRUZ DE LA ROSA

MARÍA ESMERALDA PÉREZ FERNANDEZ

SANDRA RONCERO GONZÁLEZ

ZULEMA GUTIERREZ ORTEGA

1 Introducción

El Auxiliar Administrativo de Patología es el especialista responsable del desarrollo de autopsias, biopsias y citologías a su nivel. Interpretar y validar resultados técnicos como base para el diagnóstico clínico o forense. Organizar y planificar el trabajo, cumplir con criterios de calidad del servicio y optimizar los recursos con un control adecuado. Un patólogo es un profesional médico en el campo de la patología, una ciencia médica que estudia y analiza la estructura de las células para explicar las causas de enfermedades que van desde la morfología hasta la estructura molecular de la muerte. La especialidad "Anatomía Patológica" se ocupa del estudio de las enfermedades mediante el examen macroscópico y microscópico de órganos y tejidos. Es una importante rama de la medicina cuya

función principal es diagnosticar enfermedades, combinando datos clínicos, morfológicos y técnicos complementarios (1). El asistente administrativo encargado de la patología hace un trabajo muy importante. El funcionamiento normal de un hospital o clínica depende en gran medida de su trabajo. Inmersos en el mundo de la documentación, los auxiliares administrativos sanitarios intentan agilizar la burocracia para evitar problemas futuros. Además, también es responsable de gestionar y administrar las tareas de los usuarios, los datos en los sistemas informáticos, proporcionar documentos de soporte y tareas de soporte según lo requiera la organización correspondiente. Función de asistente administrativo en

La atención sanitaria es más necesaria.

2 Objetivos

Indicar y exponer las funciones que realiza un auxiliar administrativo en el ámbito de la anatomía patológica en un hospital.

3 Metodología

Para la preparación de este artículo se realizó una revisión bibliográfica utilizando la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda exhaustiva y sistemática de libros y se analizaron artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Google Scholar, seleccionando artículos científicos de publicaciones científicas revisadas por pares.

4 Resultados

El papel del directivo en el campo de la patología es diverso y multifacético. Uno de ellos es la organización y gestión a nivel individual. Un lugar de trabajo especial en el consultorio o consultorio de patología. También desarrolla y mantiene registros de pacientes/clientes, teniendo en cuenta las diferentes necesidades de atención y la cantidad de documentación utilizada. Otra función importante es gestionar el plan de mantenimiento de equipos o maquinaria dentro de un servicio o departamento. Además de la planificación, esto incluye almacenar, compartir y obtener herramientas y documentos. Además, también construye, desarrolla y mantiene buenas relaciones con pacientes/clientes actuales y potenciales. También deberá administrar una base de datos de pacientes computarizada a nivel

de usuario y recibir informes y resúmenes de actividades. Una tercera función importante es interpretar la información científica y técnica y prescribir procedimientos orales o escritos para recopilar información, permitiendo que las operaciones se realicen con un cierto nivel de calidad. De esta forma, optimiza los recursos asignados, planifica el trabajo de un departamento u oficina, y pronostica, asigna o asigna tareas, equipos, recursos o tiempo de ejecución a las necesidades de su propia demanda. Área de cargo. Una de las prioridades era inmovilizar estos cadáveres según los procedimientos establecidos. También admite la transcripción de grabaciones forenses para exámenes generales de órganos y órganos internos sin endoscopia. Estos registros son necesarios para fines de informes después de histopatología, inmunohistoquímica o análisis ultraestructural. También permite identificar, guardar y transferir piezas de autopsias al laboratorio de patología de forma predefinida. También es importante registrar e informar el número de biopsias obtenidas, de biopsias clínicas, quirúrgicas y de autopsias repetidas para que el patólogo pueda realizar el examen. También puedes analizar el elemento resultante seleccionando los bloques a cortar de la pieza. De esta forma, el patólogo identificará y separará las lesiones para histopatología, inmunohistoquímica o examen ultraestructural según los procedimientos establecidos. Finalmente, el Asistente de Administración de Patología registra informes de ejecución de macros. Luego, el patólogo analizará la muestra y hará un diagnóstico que podrá utilizarse para tratar al paciente.

5 Discusión-Conclusión

En resumen y en conclusión destacaremos que encontramos que el papel de los auxiliares administrativos es mucho más importante de lo que muchos expertos creen. La función principal del asistente administrativo de patología es registrar los registros realizados por el patólogo. Esto ayuda a preparar informes de seguimiento que se enviarán al departamento correspondiente. La organización de los archivadores en el hospital es muy necesaria e importante para el funcionamiento normal del hospital. Esto se debe a su necesidad de intervención en diferentes áreas del centro médico debido a la gran cantidad de pacientes que ingresan diariamente y requieren atención hospitalaria.

6 Bibliografía

1. <https://zbrain.es/oposiciones/noticias/oposiciones-sanidad/funcionesdeltecnico-superior-de-anatomia-patologica-y-citologia-tsapc/>

2. <https://treball.barcelonactiva.cat/porta22/es/fitxes/T/fitxa4503/tecnicoasuperior-en-anatomia-patologica.do>
3. <https://www.comunidad.madrid/hospital/sureste/profesionales/servicioscentrales/servicio-anatomia-patologica>

Capítulo 466

EL CELADOR EN EL ÁREA DE BOXES DEL SERVICIO DE URGENCIAS. FUNCIONES DEL CELADOR CON LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL ÁREA DE BOXES

JOSÉ DOMINGO LANZAS MARTÍNEZ

MARÍA DEL CARMEN RUBIO DIAZ

JOSE LUIS SANCHEZ JIMENEZ

CRISTINA ANTONAYA MORCILLO

SEBASTIÁN NÚÑEZ VALERO

1 Introducción

Teniendo en cuenta el número de camillas que se encuentren en el área de boxes, se establecerá un número de celadores adscritos a dicha área, puesto que estos pacientes requieren de una actuación inmediata debida a sus dolencias y a su diagnóstico clínico, por lo que deberá ser el área del servicio de urgencias en la cual se cuente con un mayor número de celadores para poder atender a todos los pacientes que se encuentren en boxes.

Los celadores deberán reunir una serie de características para desempeñar su actividad profesional en el área de boxes. Estas características son:

- Tener templanza y no ponerse nervioso ante una situación de estrés.
- Saber actuar de manera inmediata a las órdenes de las categorías superiores, es por ello, por lo que deberán tener la capacidad necesaria para el desempeño de sus funciones en el área de boxes.
- Tener iniciativa para actuar con el paciente sin requerir de una supervisión continua del equipo de enfermería a cargo del paciente.
- Poseer conocimientos sobre movilización del paciente, teniendo en cuenta las diferentes características de cada paciente, puesto que no se movilizará del mismo modo a un paciente con lesión medular que a un paciente con problemas cardíacos.
- Saber localizar los diferentes servicios del centro hospitalario, para realizar los traslados del paciente en la mayor brevedad posible.

2 Objetivos

- Detallar las características que deben reunir los celadores adscritos al servicio de urgencias.
- Enumerar las funciones realizadas por los celadores en el área de boxes de un servicio de urgencias de un centro de atención especializada.

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 los celadores con los pacientes que se encuentran ubicados en el área de boxes del servicio de urgencias.

- Recibir al paciente cuando ingresa en el área de boxes y transferir al paciente desde la camilla del servicio de ambulancias hasta la camilla del box asignado al paciente. Si el paciente es muy pesado, no puede movilizarse por el mismo o las características del paciente lo impiden, se utilizará un medio auxiliar de transferencia como pueden ser los transfers o las sábanas bajas de arrastre.

- Ayudar al técnico en cuidados auxiliares de enfermería a desvestir al paciente, para ello se retirará la ropa que traiga el paciente y se vestirá con un camisón de la institución sanitaria. Esta acción facilita al equipo médico la exploración del paciente durante todo el proceso médico-asistencial.
- Ayudar al técnico en cuidados auxiliares de enfermería a colocar o retirar un pañal al paciente que lo requiera.
- Ayudar al técnico en cuidados auxiliares de enfermería a posicionar al paciente en una postura cómoda, puesto que estos tienen tendencia a escurrirse y desplazarse hacia la parte baja de la camilla.
- Trasladar a los pacientes al servicio de radiología para la realización de radiografías. Si el médico lo solicita, podrá realizarse una placa en directo con un aparato portátil de radiología, para lo cual se requerirá la presencia del celador para movilizar al paciente durante la colocación de la placa.
- Trasladar a los pacientes al servicio de radiología para la realización de TAC (tomografía axial computarizada).
- Trasladar a los pacientes a otros servicios para someterse a pruebas o exploraciones por médicos especialistas.
- Trasladar a los pacientes que son ingresados en el centro hospitalario a la planta de hospitalización.

5 Discusión-Conclusión

Es importante destacar que en esta área se encuentran los pacientes que requieren de una atención más inmediata para determinar la causa de sus dolencias y poder proporcionarle un tratamiento, es por ello, por lo que el celador adscrito a esta área deberá realizar las funciones con el paciente en la mayor brevedad posible, priorizando las actuaciones en aquellos pacientes que presenten mayor gravedad.

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 467

LAS FUNCIONES QUE DEBEN DE EJECUTAR LOS CELADORES EN EL SERVICIO DE INFORMACIÓN

FRANCISCO GARCÍA DE BLAS MARTIN

JUAN CARLOS MARTÍN-CARO ALONSO

RAQUEL GARRIDO CALA

FERNANDO JIMENEZ

REMEDIOS LIZCANO

1 Introducción

En el artículo 14.2 de la orden ministerial del 5 de julio de 1971, del estatuto personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social, se localizan las distintas tareas que los celadores deben de realizar en los diferentes servicios en los que se encuentren trabajando.

Con esta publicación lo que queremos lograr conseguir además de demostrar poder ejecutar una breve pero detallada descripción al máximo de todas o casi todas las diferentes tareas que un celador de información debe de realizar de manera diaria en su centro hospitalario o en los diferentes centros de salud de atención primaria.

Con esta publicación también señalaremos que el área de información se puede localizar en la puerta principal de los centros hospitalarios.

Los celadores de esta área lo quieren lograr es que los pacientes y sus acompañantes lleguen de la manera mas correcta y a la hora adecuada de las citas sin perderse o equivocarse de consultas o de los diferentes bloques que conforman un centro hospitalario.

Este puesto de trabajo esta enfocado a los pacientes que son mayores o para pacientes discapacitados que no logran encontrar el sitio correcto al que deben de llegar.

El celador será el indicador siempre con buena cara y con simpatía ya que la gente en este área se suele poner nerviosa ya que pueden llegar tarde a su cita o por el problema de no conseguir encontrar la consulta adecuada.

2 Objetivos

Conocer las funciones de los celadores en el servicio de información.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 un enfermo, acompañante o simplemente compañero de trabajo entra en las diferentes instalaciones hospitalarias por la puerta principal, lo primero con quien se tropezará es con los celadores de información y auxiliares administrativos que por lo norma general se suelen situar en el mostrador de información. Las labores que deben de efectuar los celadores de información son bastantes delicadas, ya que son el primer personal con el que se encuentran las personas, ya sean pacientes o acompañantes.

Para poder efectuar bien su labor en este puesto tan complejo, se requiere una serie de actitudes y aptitudes tales como: cordialidad, serenidad, afinidad y comprensión.

Estos requisitos son más que necesarios a la hora de enfrentarse al puesto de información ya que las personas que van a acceder al centro hospitalario, van

a formular varias preguntas, se encontrarán en difíciles situaciones y podrían ir enfadados. El celador solo podrá responder con serenidad y cordialidad a las que sean de su competencia.

Vamos a destacar las principales labores que el celador debe de realizar:

Indicará sobre las distintas consultas externas, el lugar o las plantas donde estas se encuentren y además les indicará a los enfermos y acompañantes las formas y los lugares por donde llegar a ellas.

Examinará las personas ajenas que hayan accedido al hospital, prohibiendo así la entrada a toda personas que pueda padecer síntomas de embriaguez, suciedad o tengan la sospecha que pueden armar un alboroto, ya que el centro hospitalario es un lugar serio.

Impedirán el acceso de comida y bebida que vengan del exterior, ya que este tipo de comidas y bebidas no están permitidas en el centro hospitalario, pudiendo así obligar a las personas a dejarlas en la guardia y custodia en el mostrador.

Registrarán las salidas que realicen los enfermos, ya que estos deben de llevar encima la acreditación que les indique que pueden abandonar los centros hospitalarios.

Llevarán a los enfermos hasta el interior de las plantas hospitalarias en caso de que sean ingresos, también los guiarán al quirófano o al hospital de día, eso sí siempre el enfermo debe de estar debidamente identificado mediante una pulsera, que deberá portar el enfermo en una de sus muñecas.

Recogerán la correspondencia diaria y se le confiará de ordenarla, dependiendo de si el correo es interno para los distintos departamentos o simplemente es un correo exterior que eso implicará que son para los domicilios particulares o para los centro de salud de la provincia.

Brindarán una silla de ruedas a las personas que las necesiten para poder acceder o para poder llegar hasta el lugar donde se encuentre asignada su consulta externa.

Velarán por el orden y por el máximo silencio posible en su zona de trabajo.

Señalizarán a los familiares de los enfermos los horarios y los días que el médico podrá atenderles, apuntándolos en las listas con su nombre y apellidos, el número de habitación donde se encuentre y la especialidad a la que el enfermo corresponde.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores que se encomendarán al punto de información, son las primeras personas que dan la bienvenida al paciente o acompañante, por lo que deben de

tener un tacto muy especial a la hora de asistirlos y de responderles las preguntas que estos les puedan realizar.

Los celadores que se encomienden en este puesto deben ser personas extravertidas y cautelosas además de tener una paciencia extrema.

Tienen la obligación de no faltar jamás el respeto a las personas o a los pacientes y permitirles la información apropiada sin olvidar la ley de protección de datos.

El celador de información debe tener vigente algunos valores, que para este puesto son muy necesarios, deben de saber situar al enfermo y además de tratar a todo el mundo igual, sin hacer ninguna excepción.

Tienen que tener confidencialidad sobre la información que ellos tengan y también deben dar prioridad y objetividad a los diferentes problemas.

También deben de entender y realizar una justa valoración de las diferentes demandas que pueden realizarle los enfermos o sus acompañantes.

6 Bibliografía

1. <https://www.ifp.es/>.
2. MedlinePlus - Información de Salud de la Biblioteca Nacional de Medicina. (s/f). Medlineplus.gov. Recuperado el 25 de mayo de 2022, de <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. Portada - Cuidados 2.0. (s/f). Gva.es. Recuperado el 25 de agosto de 2023, de <https://cuidados20.san.gva.es/>.

Capítulo 468

LAS DIFERENTES FUNCIONES QUE DEBEN DESEMPEÑAR LOS CELADORES EN EL SERVICIO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

FRANCISCO GARCÍA DE BLAS MARTIN

JUAN CARLOS MARTÍN-CARO ALONSO

RAQUEL GARRIDO CALA

FERNANDO JIMENEZ

REMEDIOS LIZCANO

1 Introducción

La unidad de cuidados intensivos (UCI) ofrece unos cuidados 24H continuas a pacientes con enfermedades o patologías graves, que en una planta de hospitalización convencional no pueden estar debido a su gravedad.

Cuando nos referimos a la UCI nos estamos refiriendo al servicio más complejo y además obligatorio de todo centro hospitalario.

El servicio de uci es uno de muchos servicios hospitalarios de alta complejidad.

El cuidado intensivo se crea en los años 1850 debido a las altas cantidades de heridos en las guerras, debido a un parón de guerras la uci desaparece y vuelve

con la reaparición en el año 1920 ante la urgencia de tener una sala que sirviera de cuidados post-operatorios.

El personal que trabaja en la UCI debe de ser un personal altamente cualificado y muy bien preparado, ya que no sabe a qué se va a enfrentar día a día.

El celador de UCI debe de ser un celador altamente perfectamente y además muy bien formado y tiene que saber a la perfección como se llevará a cabo los diferentes cambios posturales a este tipo de pacientes tan especial ya que son enfermos que no se valen por ellos mismos, y además hay que saber que a este tipo de enfermos hay que realizarles los movimientos lo mas pausados posibles y a la vez que el equipo médico.

2 Objetivos

Conocer las funciones que deben desempeñar los celadores 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

Trasladarán a los enfermos desde los servicios de hospitalización hasta el área de UCI, portando consigo el historial clínico del paciente.

Trasladarán y alistarán al enfermo en la cama que le corresponda del box indicado, siempre teniendo en cuenta que son pacientes más especiales además de críticos, y por ello el manejo de estos debe de ser extremando la seguridad y hacerlo con el máximo cuidado posible.

Cooperarán junto con el resto de equipo sanitario a la efectuación de los aseos para los pacientes, el celador se ocupará de la movilización junto con la enfermera, quien se ocupará de la cabeza ya que esta lleva muchos aparatajes y vías. Los celadores deben de tener el conocimiento exacto de todos los tipos de movilizaciones que se les puede y debe de realizar a estos pacientes, ya que estas

movilizaciones les sirve para evitar en la piel algunas lesiones, como las úlceras por presión (UPP).

Transportarán los aparatos, instrumentos o material que les indiquen los médicos, enfermeros o supervisores.

Este tipo de pacientes al ser críticos tiene las defensas mas bajas que otros tipos enfermos, así que los celadores y el personal sanitario deberán vestirse con batas asépticas, esas batas se las desecharán de un paciente a otro, ya que pueden contaminar a los demás pacientes, estas se dejarán en el box correspondiente del paciente en el que se hayan utilizado.

Transportarán a los enfermos a las distintas pruebas que le haya pedido al médico, por ejemplo al tac, los celadores tienen que ir siempre acompañados por un médico y además de dos enfermeras, por lo que le pueda ocurrir en el trayecto al enfermo.

Los celadores transportarán a los enfermos de las uci cuando se les haya realizado el alta, estos subirán a la planta de hospitalización pertinente, ya que dependiendo de sus patologías van a una planta u otra, serán subidos junto con su enfermera, esta dará las explicaciones en el mostrador de la planta y pondrá al día a sus compañeras, mientras su celador y el celador de la planta hacen el cambio de cama.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes que se encuentran en la UCI por su gran complejidad tiene que sentirse como que se encuentran seguros, ya que van a obtener unos cuidados necesarios además de extras para evitar que sus enfermedades, patologías o simplemente su salud no empeore, sino que vaya a mejor día a día.

Estos enfermos tienen que ser consecuentes de que tiene un gran grupo de sanitarios específicamente para ellos, y que van a estar atendidos durante las 24 horas del día.

Con estos protocolos y estas acciones el personal tanto sanitario como no sanitario, podrán conseguir que el enfermo no empeore en cuanto a la salud nos referimos y además con estas acciones conseguimos que la imagen de los centros hospitales sea cada día mejor y también se logra que se hable bien de los equipos que forman estos complejos hospitalarios.

6 Bibliografía

1. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (s/f). Boe.es. Recuperado el 18 de junio de 2023, de <https://www.boe.es/>.
2. Ciudadanos. (s/f). Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. Recuperado el 19 de junio de 2023, de <https://www.saludcastillayleon.es/>.
3. World health organization (WHO). (s/f). Who.int. Recuperado el 25 de agosto de 2023, de <https://www.who.int/>.

Capítulo 469

LAS DIFERENTES FUNCIONES QUE DEBEN DE EJECUTAR LOS CELADORES EN EL SERVICIO DEL ALMACÉN GENERAL HOSPITALARIO

FRANCISCO GARCÍA DE BLAS MARTIN

JUAN CARLOS MARTÍN-CARO ALONSO

RAQUEL GARRIDO CALA

FERNANDO JIMENEZ

REMEDIOS LIZCANO

1 Introducción

El almacén del hospital es un área construida específicamente para colocar en el, cualquier tipo de mercancía o cualquier tipo de material sanitario.

El almacén debe de tener una gran capacidad junto con un acondicionamiento y unas condiciones óptimas y perfectas para conseguir que el material se mantenga en unas condiciones óptimas e idóneas.

Una vez que las mercancías lleguen al almacén, será el celador el encargado de admitir la mercancía que lleguen en los camiones, además verificará el material entrante y él quien se ocupe de distribuirlo por las distintas estanterías que conforman y dan orden al almacén general.

Decimos que el almacén general es importante, porque será el gran suministrador para todo el hospital y también de los centros de atención primaria, pero no solo suministrará a los centros de atención primaria de la capital sino que también suministrará a todos los centros sanitarios de atención primaria de la provincia, por eso decimos que es una parte fundamental para el buen desarrollo y funcionamiento de cualquier instalación sanitaria.

Este almacén se podrá localizar dentro del propio hospital, pero en los sótanos ya que tiene que tener un muelle de carga y descarga, o en algunos centros hospitalarios lo podemos encontrar a las afueras, como en un edificio anexo al hospital.

2 Objetivos

Conocer las diferentes funciones del celador en el almacén general 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

Para entender un poco lo que son las funciones de los celadores, vamos a describir cómo están organizados los almacenes generales.

El almacén se encuentra ordenado alfabéticamente o muchas veces también por los números de referencia de los materiales que reciben, el material se encuentra repartido en grandes estanterías.

Los materiales llegan al almacén de los proveedores del exterior, es decir, son de origen externo.

Los materiales recibidos son redistribuidos nuevamente por los diferentes servicios de las instituciones sanitarias (ya sean hospitales o centros de atención primaria).

Al almacén general no le debe de faltar material, ya que si esto sucediera sería el hospital o los centros de atención primarias los que lo sufrirían en mayor consecuencia, es por eso por lo que las personas que se encuentran en el deben de

saber y de conocer cuáles son los materiales indispensables y totalmente necesarios para estas instituciones.

Una vez se sepan las cantidades, necesidades y tipos de materiales que las instituciones sanitarias necesitan, el personal que trabaje allí serán los encargados de realizar las compras con una tramitación reglamentaria y además será a través de las oficinas de administración del almacén general.

Una vez explicado el proceso o los procedimientos que se ha de seguir para obtener el material necesario, comenzaremos a explicar cuáles son las funciones de los celadores dentro de este servicio una vez que sea aceptado todo el material: Los celadores de muelle, serán los encargados de recibir la mercancía, comprobarla y señalarla; además, si la mercancía no está correcta o por algún casual se equivocaron de material, serán estos celadores los que realicen la petición de devolución del material.

Una vez el material haya sido recepcionado por estos celadores, el material pasará adentro de las instalaciones y serán los celadores del almacén los encargados de colocar y ordenar todo el material en sus estanterías.

Junto con los celadores, en un pequeño despacho se encuentran los auxiliares administrativos, estos sacaran de forma diaria los pedidos de los diferentes servicios que componen el hospital, para que los celadores del almacén los empiecen a preparar.

Una vez los celadores tengan en sus manos los papeles de encargos de los servicios, empezarán a colocar en cajas los diferentes materiales, colocarán primero los materiales de gran tamaño o de gran peso y encima colocaran los de menor tamaño o de poco peso.

Una vez estén terminados los pedidos, será el celador de reparto quien se encargará junto con un traspalete (en caso de que sean pedido grandes) de ir dejando los pedidos en los diferentes servicios hospitalarios.

La función de aprovisionamiento que cumple el almacén habita en el control de que el centro tiene que tener siempre la cantidad apropiada de los productos necesitados.

Se crea un plan especial para realizar la compra de los materiales que se necesitan, una cantidad adecuada para el momento necesario, y con la previsión suficiente para abastecer el almacén general.

A la hora de efectuar el pedido de los materiales, hay un procedimiento administrativo que realiza los contratos con los proveedores, en el se explica el modo de conseguir los productos y los servicios que son necesitados para el almacén general.

Los diferentes contratos con los proveedores deben ser dirigidos según la ley

9/2017 de 8 de noviembre, en esa ley describe se describe los contratos del sector público.

La petición del material la efectuará la sección administrativa de suministros, esta se encuentra dentro de el almacén general, una vez se haya ejecutado la compra del material necesario.

Los celadores procederán a hacerse cargo de la organización de los materiales recibidos para más tarde colocarlos en las diferentes estanterías correspondientes.

Se anota el numero del pedido y también el nombre del proveedor, el transportista le cederá en la mano el albarán al celador, este verificará la mercancía y una vez sea verificada junto con el albarán aceptará la mercancía siempre y cuando esté bien hecho el encargo.

Una vez recibida y descargada la mercancía, el celador deberá contar los bultos, y estos tendrán que coincidir con el número de albaranes que haya.

Repasarán las etiquetas, unidades y el conjunto de todo el material.

Visualizarán la calidad de los materiales que hayan recibido.

Una vez entregado el material, se colocará con su debido número de referencia.

En los almacenes de los hospitales o centros sanitarios, nos podemos encontrar con distintas zonas.

En un primer lugar nos encontramos con el área de carga y descarga, allí se efectúa la descarga de los camiones, y es el primer sitio donde se nosotros recibimos el cargamento.

En un segundo lugar localizamos la zona de almacenaje, allí se trasladan los materiales que ya hayan sido aceptados, una vez aceptado el material son los celadores los encargados de colocar el material en las distintas estanterías, los pueden colocar en orden alfabético, o por los número de referencia que deben de tener cada uno de los materiales que entran en el almacén general.

Mas adentro del área nos encontramos la zona de preparación, aquí se organizan los pedidos que requieren las distintas áreas o servicios del hospital, desde las plantas de hospitalización hasta las plantas con mas complejidad, abasteciendo también las distintas secretarías de cada especialidad.

Profundizando un poco más nos encontramos las zonas de oficina, en estas zonas localizamos a los administrativos, estos las personas encargadas de organizar mediante fechas los albaranes de los distintos pedidos, también son los encargados de registrar los pedidos en sus ordenadores, ya que son ellos los que obtienen mediante la vía telemática los pedidos. y por ultimo también podemos localizar las zonas de descanso para todos los trabajadores.

Vamos a dejar claro que todos los pedidos son realizados por los celadores, los

trabajadores del almacén son celadores y administrativo.

Uno de los objetivos principales de los celadores es realizar el reparto de los pedidos por las zonas de hospitalización.

Estos pedidos son en todo momento hechos y ordenados por los celadores del almacén general.

En el pedido que se encuentre ya terminado, localizaremos un albarán con las cantidades y los números de referencia de los diferentes materiales que se encuentran en el pedido, este albarán es modificado por el almacén general además en el debe constar la firma del responsable del almacén, esta firma indica que el pedido esta completo y que puede ser repartido al servicio que lo haya demandado.

Todas las semanas los celadores deben de realizar un inventario para saber cuánto material en las estanterías o en la zona de almacenaje, esto se realiza para saber si hay que pedir más suministro o tienen bastante hasta la siguiente semana.

Comprobarán los albaranes junto con las mercancías que se han recibido, una vez que se comprueben y que se demuestre que todo cuadra, los albaranes y las mercancías, estas serán repartidas por las distintas áreas del hospital.

Municionarán las diferentes plantas de hospitalización y los diferentes servicios con el material que necesiten estas.

Cooperarán con el inventario general del almacén y comunicarán al responsable sobre todas las entradas del material que se reciba a lo largo del día.

5 Discusión-Conclusión

La verdadera intención de tener un almacén general en las instituciones sanitarias es para favorecer y asegurar un abastecimiento para las diferentes zonas o unidades del centro en cualquier momento y con unas tarifa bastante asequibles. En este área del hospital, no podemos dejar en el olvido las diferentes labores que realiza el celador, pues ya que son ellos los que movilizan todo el almacén general.

Son los encargados de acoger, aceptar y clasificar las diferentes mercancías de una forma rápida y eficaz para más tarde realizar el transporte de los pedidos a las diferentes plantas y distintas áreas del hospital.

6 Bibliografía

1. Oposiciones.es. (2021, julio 20). Oposiciones.es. <https://oposiciones.es/>.

2. Ciudadanos. (s/f). Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. Recuperado el 19 de junio de 2023, de <https://www.saludcastillayleon.es/>.
3. Biomaro labs. (2021, noviembre 11). Biomaro. <https://biomaro.com/>.

Capítulo 470

EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO EN ESPAÑA: EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

MARIA INMACULADA JIMÉNEZ VERBO

ANA MARIA CARPIO ACEDO

GEMA GARCIA-ABADILLO PEINADO

NIEVES BERMEJO PARRAS

MARIA PILAR ÁLVAREZ ALCAIDE

1 Introducción

En la era de la información y la tecnología en la que toda la sociedad actual está inmersa, el sector sanitario no ha permanecido al margen y se ha adherido a la revolución digital, de manera que actualmente se manejan instrumentos que facilitan un acceso más eficiente y rápido a la asistencia médica de usuarios y pacientes, además de agregar fluidez al intercambio de información. Es por esto que, en este contexto de inmersión tecnológica, el derecho a la protección de datos cobra una gran relevancia, sobre todo, porque en el ámbito sanitario se trabaja con

información personal y altamente sensible relacionada con la información personal y de salud de las personas.

En España, la base legal sobre la que se asienta el derecho a la privacidad y la protección de datos, que son, principalmente, el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) y la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD), establece pautas claras que sirven para la salvaguarda de la privacidad de pacientes y usuarios en el ámbito sanitario.

El auxiliar administrativo juega un papel muy importante en la manipulación de documentación en los centros sanitarios. Están en el corazón de la gestión de datos administrativos y de la salud del paciente: la programación de citas, gestión de registros médicos o acceso a la historia clínica. Esta posición les permite y obliga al acceso a datos personales muy sensibles, haciendo que la protección de la privacidad de los pacientes se constituya en una responsabilidad constante, sin olvidar que la negligencia o la vulneración de datos en centros sanitarios es sancionable.

2 Objetivos

- Describir la aplicación práctica de la normativa sobre el derecho a la protección de datos dentro del sector sanitario en un contexto de avance y uso masivo de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs).
- Exponer la importancia del mantenimiento de las buenas prácticas por parte del auxiliar administrativo en el tratamiento de la información para el cumplimiento de normativas de la privacidad y protección de datos de usuarios y pacientes.

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: “auxiliar administrativo y protección de datos” o “protección de datos en ámbito sanitario”.

4 Resultados

Con el fin de trasponer las prescripciones de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento General de Protección de Datos a los aspectos más cotidianos de la labor realizada por los profesionales del ámbito sanitario que mantienen contacto con información sensible de pacientes y usuarios, la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD) ha elaborado un decálogo para las buenas prácticas que debe tener siempre en mente el auxiliar administrativo.

- Primer punto. “Trata los datos de los pacientes como querrías que trataran los tuyos”: Es decir, no hacer con la información ajena lo que no gustaría que se hiciera con la propia. El auxiliar administrativo debe utilizar la información de los pacientes como si fueran suya.
- Segundo punto. “¿Estás seguro de que tienes que acceder a esa historia clínica? Piénsalo. Solo debes acceder si es necesario para los fines de tu trabajo”: El auxiliar administrativo debe acceder a los datos e historiales únicamente si es necesario para realizar su trabajo.
- Tercer punto: “Recuerda: tus accesos a la documentación clínica quedan registrados en el sistema. Se sabe en qué momento y a qué información has accedido. Los accesos son auditados posteriormente”: La actividad del auxiliar administrativo está monitoreada de manera constante por lo que es necesario que el auxiliar administrativo sea capaz de justificar el acceso a la información como parte de su trabajo si se le requiere.
- Cuarto punto: “Evita informar a terceros sobre la salud de los pacientes, salvo que estos lo hayan consentido o tengan justificación lícita”: El auxiliar administrativo no debe difundir la información contenida en las historias clínicas salvo que sean personas autorizadas por el paciente o sean profesionales que se ocupan de su tratamiento médico.
- Quinto punto. “Cuando salgas del despacho, asegúrate de cerrar la sesión abierta en tu ordenador. No facilites a nadie tu clave y contraseña, si necesitas un acceso urgente, contacta con el departamento de informática”: El auxiliar administrativo no debe compartir su nombre de usuario y su contraseña para garantizar la protección de la información sensible a la que tiene acceso. Además, hay que cerrar las sesiones si no se va a permanecer en el puesto, no se debe olvidar que los ordenadores utilizados son de uso compartido.
- Sexto punto: “No envíes información con datos de salud por correo electrónico o por cualquier red pública o inalámbrica de comunicación electrónica, si fuera imprescindible no olvides cifrar los datos”: El auxiliar administrativo no debe

compartir información a través de email o utilizando redes wifi públicas o no seguras. En caso de hacerlo hay que cifrar los datos para que no sean accesibles.

- Séptimo punto. “No tires documentos con datos personales a la papelera, destrúyelos tú mismo o sigue el procedimiento implantado en tu centro”: En el caso de utilización de documentación impresa, el auxiliar administrativo debe asegurar su custodia efectiva, evitar que la vean terceros, no descuidarla y destruir la documentación cuando no sea necesario conservarla.

- Octavo punto. “Cuando termines de pasar consulta, cierra con llave los armarios o archivadores que contengan documentación clínica”: El auxiliar administrativo con acceso a armarios y a archivadores que contengan documentación debe cerrar estos con llave una vez concluida la consulta o tras proceder a su archivo.

- Noveno punto. “No dejes las historias clínicas a la vista sin supervisión”: El auxiliar administrativo debe evitar que la documentación pueda ser robada y cuidar de que no sea ojeada por personas no autorizadas.

- Punto décimo. “No crees por tu propia cuenta ficheros con datos personales de pacientes, consulta siempre antes con el departamento de informática”: El auxiliar administrativo debe utilizar únicamente los instrumentos y las herramientas que marca la institución en la que desarrolla su labor, al ser esta la responsable de mantener los estándares de seguridad marcados por la Ley.

Además de estos preceptos, el auxiliar administrativo debe asegurarse de aspectos comunes como la utilización de contraseñas seguras y difíciles de averiguar, no poner en riesgo la seguridad informática al descargar aplicaciones o documentos de internet con fines privados o sin autorización expresa, evitar la publicación de imágenes sin el consentimiento de la persona, mantener el volumen de voz adecuado en conversaciones cara a cara o telefónicas en las que se trate información sensible de los pacientes si hay terceras personas presentes y evitar “comentarios de pasillo” reveladores de información sensible.

5 Discusión-Conclusión

La aplicación práctica en el ámbito sanitario de la normativa sobre el derecho a la protección de datos es fundamental para garantizar la privacidad y seguridad de la información personal y de salud de los pacientes. El auxiliar administrativo que desarrolla su trabajo en el área sanitaria, como profesional, tiene constante acceso a información altamente sensible y personal debe ser muy consciente de esto.

La Agencia Española de Protección de Datos (AEPD) ha publicado un decálogo de buenas prácticas específicas para el ámbito sanitario que los auxiliares ad-

ministrativos deben conocer y aplicar. El objetivo marcado por este decálogo es garantizar el manejo seguro y responsable de la información de pacientes y usuarios.

La puesta en práctica de estas pautas por parte del auxiliar administrativo debe ir más allá de la protección legal o de evitar la posibilidad de ser sancionado, sino que debe mostrar un compromiso ético con el resguardo del derecho fundamental de los pacientes y usuarios a su privacidad.

6 Bibliografía

1. Llanes-Fernández de la Cueva G, Bejarano-Álvarez D, Márquez-Rodríguez LM. Decálogo de buenas prácticas para la protección de datos en Medicina del Trabajo y vigilancia de la salud. *Rev Asoc Esp Espec Med Trab* [Internet]. 2016 [citado el 15 de agosto de 2023];25(1):34–42. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552016000100006.
2. Aepd.es. [citado el 15 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.aepd.es/sites/default/files/2019-10/infografia-decalogo-personal-sanitario.pdf>.
3. Clemens MA. Boletín no79 - Usos correctos en la Historia Clínica desde un punto de vista de la protección de datos [Internet]. Ibsalut.es. 2020 [citado el 15 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.ibsalut.es/es/profesionales/e-salud-tecnologias-de-la-informacion-y-la-comunicacion/seguridad-de-la-informacion/boletines-de-la-oficina-de-seguridad/3889-boletin-n-79-usos-correctos-en-la-historia-clinica-desde-un-punto-de-vista-de-la-proteccion-de-datos>.
4. Aepd.es. [citado el 15 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.aepd.es/es/documento/guia-profesionales-sector-sanitario.pdf>.

Capítulo 471

EL CELADOR Y LAS FUNCIONES DENTRO DE LA LAVANDERÍA HOSPITALARIA

FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA

JOSE LUIS BENITEZ LASERMA

ALBA ROMERO PARADA

MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA

MARIA DEL ROSARIO ATIENZAR PEREZ

1 Introducción

En un área dedicada conocida como lavandería del hospital, la ropa y los textiles del hospital se limpian y esterilizan. Su objetivo es garantizar la higiene y detener la infección lavando y tratando meticulosamente estos componentes.

La lavandería del hospital recibe, clasifica y procesa una variedad de ropa, incluidos los uniformes que usa el personal médico, sábanas, toallas, batas y otros textiles relacionados con el hospital. Estos artículos pueden estar contaminados biológica o químicamente, lo que requiere un procedimiento de limpieza meticuloso y especializado.

El concepto de lavandería hospitalaria implica la adopción de procesos y normas específicas que aseguren el cumplimiento de altos estándares de calidad y seguridad. Esto implica utilizar los detergentes y antisépticos adecuados, clasificar la

ropa según los niveles y categorías de suciedad, regular la temperatura durante el lavado y almacenar y secar correctamente los textiles.

La lavandería del hospital se encarga de la limpieza, desinfección y mantenimiento de la maquinaria utilizada en el proceso de lavado. Esto incluye la supervisión y el control de la maquinaria, la gestión de productos químicos y el seguimiento de las normas ambientales.

La lavandería hospitalaria es una parte esencial del manejo de la higiene y la prevención de infecciones. Su principal responsabilidad es asegurarse de que la ropa y los textiles usados se limpien y desinfecten de acuerdo con los protocolos y estándares de calidad para garantizar la seguridad de los pacientes, el personal médico y otros visitantes del hospital.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones de un celador en la lavandería de un centro hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador es crucial para el funcionamiento eficiente de la lavandería del hospital, brinda asistencia y lleva a cabo una serie de tareas que son cruciales para su éxito. El celador de la lavandería del hospital realiza una variedad de tareas, incluidas las que se enumeran a continuación.

- Recogida y organización de la ropa: El celador recoge los textiles y la ropa de todo el hospital y los clasifica según el tipo y nivel de suciedad. Los textiles personales de los pacientes, incluidas sus sábanas, toallas, uniformes y ropa, deben estar separados.

- Transporte interno: El celador es el encargado de escoltar las cargas de ropa de lavandería desde los distintos departamentos del hospital utilizando los carros o contenedores adecuados.
- Asegurarse que los artículos se entreguen en el lugar adecuado después de haber sido limpiados y desinfectados.
- Carga y descarga de máquinas: En la lavandería del hospital, el celador ayuda en la carga y descarga de las lavadoras y secadoras. Esto implica cargar correctamente las lavadoras con ropa adhiriéndose a las instrucciones del manual y prácticas generalmente aceptadas.
- El celador regula y vigila la temperatura, duración y cantidad de detergente y desinfectante durante los ciclos de lavado. También se asegura el cumplimiento de los estándares de calidad y seguridad de los procedimientos de lavado y desinfección.
- Manejo y almacenamiento adecuado de la ropa limpia: Después de que la ropa haya sido limpiada y desinfectada, el celador es responsable de hacerlo. Para distribuir ropa a varios departamentos del hospital, esto implica doblarla, clasificarla y organizarla.
- Preservación de la limpieza y el orden: El celador mantiene la lavandería en un estado limpio y organizado, asegurándose de que no haya obstrucciones en las áreas. Además, ayuda a mantener limpia la maquinaria y los equipos relacionados con la lavandería contribuyendo a su mantenimiento.
- Cumplimiento de las normas de seguridad y saneamiento: El celador sigue las reglas.

La lavandería del hospital también adoptó estándares de seguridad e higiene. Esto incluye el cumplimiento de las leyes ambientales, así como el manejo seguro de productos químicos y el uso de equipo de protección personal.

Para garantizar que esta área funcione sin problemas, el celador se encarga de una serie de tareas esenciales en la lavandería del hospital. Está a cargo de la recepción y clasificación de la ropa, el transporte interno, la carga y descarga de maquinaria, el control de las operaciones de lavandería, el manejo y almacenamiento de la ropa limpia, el mantenimiento de la limpieza y el cumplimiento de las normas de higiene y seguridad.

5 Discusión-Conclusión

Una sugerencia crucial para la lavandería hospitalaria es mantener estrictos estándares de saneamiento durante todo el proceso de lavado y manipulación. Esto implica el estricto cumplimiento de las normas establecidas para la división, agru-

pación, lavado, secado y almacenamiento de la ropa. Adicionalmente, se requiere el uso de suficientes productos de limpieza y desinfección, así como el uso de máquinas y equipos en óptimas condiciones. También son importantes fomentar la eliminación adecuada de los desechos, mantener la lavandería limpia y organizada y proteger a los miembros del personal mediante el uso de equipo de protección personal. Al hacer esto, se asegura de que todas las áreas del hospital reciban ropa limpia e higiénica, lo que ayuda en la lucha contra las infecciones y mejora el bienestar de los pacientes tanto clientes como personal.

6 Bibliografía

1. Crespo, A. R., Alamillo, M. Á. T., & Ortuño, B. R. Funciones del celador en la atención sanitaria. Lulu. com.
2. www.scielo.org

Capítulo 472

EL CELADOR DE PUERTA Y SUS FUNCIONES

FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA

JOSE LUIS BENITEZ LASERMA

ALBA ROMERO PARADA

MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA

MARIA DEL ROSARIO ATIENZAR PEREZ

1 Introducción

Para garantizar que las actividades asistenciales se realicen correctamente y la seguridad del paciente y del personal sanitario, la seguridad es fundamental en el sector sanitario. Debido a esto, las instalaciones sanitarias suelen tener una serie de reglas que los usuarios deben seguir, incluidas las de respeto y silencio (Burillo Putze, Hernández Sánchez y Expósito Rodríguez, 2004).

Sin embargo, no sería posible garantizar el cumplimiento de estas reglas sin la ayuda de numerosos profesionales, como los celadores, que se encargan de mantener el orden, estar atentos a posibles infracciones y notificar a las autoridades superiores si se encuentran. Según Crespo, Alamillo y Ortuo (2012), esto requiere una estricta disciplina y un entrenamiento especializado que permita al celador ser flexible y adaptarse a una amplia gama de situaciones de diversa índole, rara vez predecibles.

A pesar de la importancia fundamental de estos profesionales, que constituyen la base de la calidad asistencial, su papel no ha recibido recientemente un análisis en profundidad en la literatura científica. Por la trascendencia de estas funciones, procedemos a enumerarlas en este trabajo, destacando también su identificación como funciones de celador en un establecimiento médico.

Como resultado del examen de los estudios, se ha determinado que las primeras impresiones jugarán un papel importante para determinar qué tan satisfechos están los usuarios de SNS. En este sentido, la atención de los empleados del sistema nacional de salud, como el celador o el personal de oficina, serán elementos cruciales y mediadores que afectarán decisivamente la percepción final del paciente sobre la atención recibida.

2 Objetivos

Analizar las funciones del celador de puerta en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 médico de planta, el personal auxiliar administrativo y el celador son las primeras personas que un usuario verá al ingresar a un hospital por la puerta principal, la figura del celador de la puerta se examina a fondo en este trabajo. Como resultado, se descubre que los roles de este profesional son los siguientes:

1. Sólo se permite el uso de las funciones de control a quienes tengan intenciones compatibles con los servicios prestados y que se encuentren fuera de la institución.
2. Informar de la ubicación física de las consultas o de diversas áreas.
3. Mantener una supervisión adecuada de los pacientes de salida, quien deberá presentar la correspondiente autorización al celador.

4. Tomar el tiempo para clasificarlo adecuadamente primero, recibir y distribuir el correo interno.
 5. Para aquellos que quieran ingresar a las instalaciones pero no puedan hacerlo por sus propios medios, brindar asistencia con la movilidad.
 6. Asegurar de que haya silencio y orden.
 7. Dar la información que sea competencia del celador.
 8. La creación de todas las funciones específicas de puesto que han solicitado los jefes de personal y personal sanitario.
 9. Informar sobre cualquier defecto general en la construcción del edificio, sus comodidades o su nivel de higiene y limpieza.
 10. Verificar la autorización de los materiales o paquetes que traigan los familiares de los pacientes hospitalizados.
 11. Informe a las fuerzas de seguridad de inmediato si hay disputas o problemas.
- El celador también debe poseer una variedad de habilidades sociales y de comunicación basadas en la asertividad, la empatía, la humildad, la paciencia, la expresión verbal y la comprensión oral para poder realizar todos estos deberes de manera efectiva.

Por otro lado, también primará el buen desempeño laboral por encima de las necesidades del usuario, ejecutar correcciones rápidas cuando la información solicitada sea competencia de este profesional y saber derivar las cuestiones pertinentes a los supervisores directos cuando sea necesario.

Finalmente, se descubre que uno de los errores más frecuentes de estos profesionales es la ruptura del secreto profesional, muchas veces sin querer. En este sentido, discutir diagnósticos o pronósticos, investigaciones en curso o tratamientos no entra dentro de las funciones del celador porque es más práctico para proteger la privacidad de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Se determina que el celador es típicamente la persona que primero atiende las necesidades de un paciente cuando accede a las instalaciones de un servicio de salud. Por ello, debe extremar la precaución y el tacto a la hora de dar información al usuario.

Las habilidades sociales del celador deben ser adecuadas a su cargo y coherentes con este, en este sentido. La confidencialidad, la asertividad, las habilidades verbales y de comunicación, así como la capacidad de valoración y valoración, se revelan, por tanto, fundamentales, sobre todo a la hora de valorar la trascendencia o gravedad de las demandas, creado por el usuario o paciente.

El celador necesita mantener su conocimiento actualizado con respecto a todo lo mencionado anteriormente. Por ello, la formación continua es fundamental porque permite a los empleados adaptarse a los nuevos protocolos y pautas de actuación.

6 Bibliografía

1. Burillo-Putze, G., Hernández Sánchez, M. J., & Expósito Rodríguez, M. (2004). La puerta de urgencias. *Revista Española de Cardiología*, 57(2), 184.

Capítulo 473

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA DOCUMENTACIÓN SANITARIA NO CLÍNICA: ASPECTOS Y TIPOLOGÍA

NIEVES BERMEJO PARRAS

MARIA PILAR ÁLVAREZ ALCAIDE

MARIA INMACULADA JIMÉNEZ VERBO

ANA MARIA CARPIO ACEDO

GEMA GARCIA-ABADILLO PEINADO

1 Introducción

La definición de documento remite a la información que queda registrada en un medio físico, independientemente de que se trate de papel o que se trate de un soporte informático. La documentación es imprescindible en cualquier centro o institución sanitaria: asegura el cumplimiento legal, permite una gestión adecuada de la información y garantiza una atención sanitaria de calidad y segura.

Existen distintos tipos de documentos que se manejan dentro de las instituciones sanitarias. En primer lugar, se puede distinguir la documentación no sanitaria y la sanitaria. La documentación no sanitaria es aquella que no está vinculada directamente con la atención a los pacientes, la que cualquier organización manejaría, como es el caso de las facturas, contratos o cartas comerciales, mientras que la

documentación sanitaria es aquella que resulta del proceso clínico o administrativo de atención al paciente.

A su vez, en la documentación sanitaria se puede establecer una clasificación que la divide en documentación sanitaria clínica y no clínica. La documentación sanitaria clínica es la que está relacionada directamente con la asistencia sanitaria al paciente, el documento más representativo es la historia clínica del paciente. La documentación sanitaria no clínica es el conjunto de documentos que surgen de la gestión de la asistencia administrativa o social al paciente.

Las tareas encomendadas al auxiliar administrativo que desempeña su trabajo en cualquier hospital o centro de salud están estrechamente relacionadas con la elaboración, la gestión, la ordenación y el archivo de todo tipo de documentación, por ello debe tener muy clara la tipología de cada uno de ellos. Este capítulo va a abordar de manera específica la documentación sanitaria no clínica.

2 Objetivos

- Identificar, definir y clasificar la documentación sanitaria incidiendo de forma detallada en la documentación no clínica.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También se han realizado búsquedas en Google y Google Académico usando como palabras claves: “documentación no clínica” o “auxiliar administrativo y documentación no clínica”.

4 Resultados

La documentación no clínica está constituida por documentos administrativos esenciales para la gestión, organización y coordinación de los recursos de un centro sanitario. Está relacionada directamente con la gestión asistencial al paciente en aspectos tanto administrativos como sociales. Estos documentos son cruciales para el funcionamiento eficiente de los centros de sanitarios por ello, el auxiliar administrativo debe reconocerlos y distinguirlos de cualquier otra

documentación gestionada por la institución sanitaria. Estos documentos sirven para facilitar la comunicación del centro: cuando la documentación es interna de la institución, se denomina intrahospitalaria; si la documentación es emitida o recibida por personal que no trabaja en el centro se denomina extrahospitalaria; y cuando la comunicación se establece entre relacionados, se denomina intercentro.

Dentro de los documentos intrahospitalarios, los más destacados son:

- La historia social: Recoge la composición familiar y la situación del paciente y también se incluye en la historia clínica.
- La planificación de pruebas complementarias: Aunque se piden todas las pruebas al mismo tiempo, estas están individualizadas para cada paciente.
- La solicitud de pruebas complementarias: La emite el médico y el destinatario será el responsable del servicio que se solicita.
- La solicitud de historias clínicas: La realiza el médico identificando al paciente y exponiendo el motivo de su consulta.
- La solicitud de dietas: Las realiza el médico y están personalizadas para cada paciente.
- La lista de trabajo: Es el documento que contiene las tareas o actividades que debe realizar una sección o servicio.

Existen otros documentos que, sin estar relacionados directamente con la práctica clínica sirve para comunicarse entre los profesionales de un hospital, como la petición de material sanitario al almacén, la petición de lencería y lavandería; la petición al servicio de farmacia la petición de material de esterilización o la planilla de turnos.

- Los documentos extrahospitalarios son aquellos en los que, bien el emisor, bien el receptor o ninguno pertenecen al centro hospitalario y surgen como resultado de e la estancia o tratamiento del paciente en el centro. Destacan:
- La solicitud de informe médico: La realiza el paciente para obtener de manera escrita información sobre estado de salud o sobre el resultado de alguna prueba.
- El parte del Juzgado de Guardia: Se remite al Juzgado de Guardia para dejar constancia de las lesiones sufridas por un paciente en supuestos de criminalidad o violencia.
- Las hojas de reclamaciones o sugerencias: Son documentos de expresión del usuario en el que este motiva su queja o sugerencia.
- El justificante de visita: Sirven para acreditar la estancia del paciente en el centro.
- El recordatorio: Es un documento tipo carné entregado al paciente para que recuerde los días en los que está citado.

Otros documentos extrahospitalarios son la guía de acogida de los pacientes al

centro, la tarjeta sanitaria, la receta médica, el parte de incapacidad laboral temporal o la petición de transporte sanitario.

Finalmente, los documentos intercentros sirven para establecer la comunicación entre dos centros relacionados. Los documentos más señalados son el impreso de derivación o la solicitud de consulta especializada y es el documento que utiliza el médico de atención primaria para solicitar la atención especializada a un paciente.

5 Discusión-Conclusión

En cualquier institución o establecimiento sanitario se maneja un gran número de documentos y todos ellos son imprescindibles para asegurar que se cumplen todos los requerimientos legales, para conseguir una buena gestión de la información del centro y para ofrecer al paciente una asistencia sanitaria segura y de máxima calidad.

Aunque la documentación clínica es esencial, la documentación no clínica juega un papel muy importante en el funcionamiento eficiente del centro sanitario, respaldando y complementando las funciones de la documentación clínica.

El auxiliar administrativo debe reconocer y diferenciar la documentación no clínica de otras formas de documentación, ya que estos documentos son fundamentales para el funcionamiento óptimo de los centros sanitarios y permiten la comunicación, interna, externa y entre centros. La habilidad del auxiliar administrativo para comprender y gestionar esta documentación servirá para la organización y la coordinación interna del centro y con su entorno, lo que redundará en su eficiencia.

6 Bibliografía

1. Cgtsanidadlpa.org. [citado el 25 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/administrativo/tema_10.pdf.
2. Ocronos R. La documentación no clínica [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021 [citado el 25 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/documentacion-no-clinica/>.
3. Ut 5 [Internet]. Slideshare.net. [citado el 25 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/manelfol/ut-5>.
4. Documentación No Clínica [Internet]. Salud, Nutrición Y Deporte. 2017 [citado el 25 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://dieteticaynutricionweb.wordpress.com/2017/11/28/documentacion-no-clinica/>.

Capítulo 474

GESTIÓN DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

M^a DEL PILAR CORTES MENDOZA

CARMEN MARÍA ZARCO TENDERO

LAURA MONTERO MARTÍNEZ

1 Introducción

Dentro del área de la atención especializada y en atención primaria, se encuentran, en la unidad administrativa, el Servicio de Admisión y Documentación Clínica, SAYDC (Unidad no asistencial encargada de facilitar el acceso a la información relativa a la atención sanitaria, gestión de la historia clínica o archivo del paciente), recogida en 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.

Por tanto, según las normas establecidas, el paciente tiene derecho al acceso a cierto tipo de información sobre el estado de su salud a lo largo de su vida, desde el momento de su nacimiento hasta el fallecimiento.

Así pues, la historia clínica se comprende, como el “elemento clave” para desarrollar un sistema de registro de información sanitaria. Bien sea tratada desde la Atención especializada en hospitales generales como en la Atención Primaria en distintos Centros de Salud o Consultorios.

El paciente tiene derecho de acceso a la información de su historial clínico e informes. Derecho a que en los mismos se reflejen todos los procesos asistenciales realizados de manera detallada y precisa en el formato más actualizado posible. (art. 15.1 LBAP).

Cabe mencionar el departamento del Archivo, como el área donde se ubican las HC historias clínicas, pues se trata de una figura de vital importancia. Se encarga de la custodia de los expedientes según la normativa establecida por la gerencia de cada hospital o centro de salud, se lleva a cabo los préstamos y recepción de las historias clínicas de unos centros hospitalarios a otros, es, por tanto, que deben tener localizadas cada una de las historias que en ellos se tramitan, entre otras funciones importantes a desempeñar por el auxiliar administrativo.

2 Objetivos

- Describir el papel del auxiliar administrativo en la gestión de admisión y documentación clínica del paciente.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo obtenido se ha realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente, búsquedas con navegadores como Google y en páginas, revistas, y así como artículos actuales en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, a través de las palabras como: “auxiliar administrativo”, “historia clínica” o “derecho del paciente”.

4 Resultados

El Real Decreto 521/1987, que regula la organización de los hospitales, prevé en su art. 9 la existencia de las áreas de actividad de atención al paciente y de admisión, recepción e información, las cuales dependen de la Gerencia del hospital.

Detallar que no es igual el volumen de gestión administrativa en un hospital general de cualquier especialidad, que el volumen de gestión administrativa en un centro de salud de atención primaria. Sin embargo, tanto en la unidad de atención primaria como en la unidad de atención especializada, existen tres secciones de gestión, dentro del servicio de Admisión y Documentación clínica, que son admisión, archivo y codificación, las cuales se desarrollan a continuación.

Cuando se efectúa el inicio de los expedientes, en el servicio de Admisión, comienza la actuación sanitaria y parte de la gestión administrativa. Dichos expedientes contienen información emitida por los profesionales sobre la asistencia sanitaria realizada, desde el comienzo de su entrada y durante el resto de la vida del paciente, por lo que se generará documentación que a su vez formará parte de la historia clínica del paciente.

Así pues, la HC, se trata de un dossier o conjunto de documentos que contienen datos y valoraciones e información sobre la situación y evolución clínica de un paciente. Información confidencial, única y completa para cada usuario. El SAYDC, asigna un número de historia clínica inequívoca e invariable. Algunos datos básicos que debe contener la misma pueden ser, la autorización del ingreso, informe de urgencias, exploración física, parte de interconsultas, y ante todo, el informe clínico de alta, el más importante, entre otros.

Actualmente, existe la llamada historia clínica electrónica HCE, innovación informática implantada en algunas comunidades autónomas con una muy buena respuesta como herramienta para mejora de trabajo.

1. Dentro de la sección del Servicio de Admisión se puede efectuar en las distintas áreas tales como:

- Desde atención especializada hospital:

La admisión de urgencias, gestión administrativa de la demanda de hospitalización (generalmente son citas programadas con fecha y hora), gestión administrativa de asistencia especializada en régimen ambulatorio, lista espera quirúrgica y la unidad de traslados.

- Desde atención Primaria Centros de salud: admisión de urgencias, citaciones programadas.

2. Dentro del servicio de Archivo, se conservan, custodian y recuperan los expedientes de las historias clínicas. Gestiona los préstamos y la recepción de las historias programadas según las normas establecidas en el hospital o centro de salud. Realizan seguimientos de las historias clínicas prestadas para tener en cuenta los plazos establecidos, ya que deben tener localizado cualquier préstamo. Dentro del archivo existe dos zonas, el activo y pasivo. El archivo pasivo suele ser el menos utilizado durante años, se trata de documentos clínicos en su mayoría de pacientes fallecidos, el contrario que el archivo activo, se utiliza de forma más reiterada.

3. Finalizamos con la codificación que se trata de obtener una documentación normalizada y estandarizada de los datos clínicos de la asistencia recibida por el paciente. Básicamente, consiste en asignar un código o secuencia de carácter según la Clasificación Internacional de Enfermedades. Con la obtención del

código y la información de la historia clínica del paciente, se obtiene el CMBD (conjunto mínimo básico de datos), que serán utilizados para explotación estadística de las diversas enfermedades tratadas en algunos hospitales y en más bien en el área de atención especializada.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada y en cuanto a los argumentos planteados, la información y cómo se traslada esta, será la base fundamental para posteriormente tomar las decisiones más oportunas, tanto para los profesionales como para el paciente.

El momento de la obtención de la información, por parte de los profesionales sanitarios y durante la labor significativa a desempeñar por el administrativo, siguiendo las pautas marcadas anteriormente, es lo que se traduce como una buena gestión de la historia clínica del paciente.

Se destaca la función del administrativo al identificar cuáles son las necesidades para la organización administrativa en las distintas áreas sanitarias, así como servir de apoyo en la función de la admisión, la gestión de pacientes y analizar, custodiar y conservar la documentación clínica del paciente durante los procesos asistenciales, facilitando el acceso a la información de la misma.

El objetivo será mantener al ciudadano lo más informado posible a fin de aportar una mejora para su estado salud. Por tanto, todo tipo de actualización en los sistemas o canales de información y traslado de la misma serán utensilios clave, así como el buen uso de los mismos. El mantenerse en plena renovación de cursos de reciclaje y formación es esencial e importante para una correcta gestión.

6 Bibliografía

- 1 boe.es: Ley 41/2002 de 14 noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [Internet]. Página disponible: <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41>.
- 2 boe.es: Real Decreto 521/1987, de 15 abril, por el que se aprueba el reglamento sobre estructura, organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de Salud. [Internet]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/1987/04/15/521/con>.
3. web boe.es Preámbulo del Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada. [Internet]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2015/02/06/69/con>.

Capítulo 475

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU PAPEL EN LOS ARCHIVOS HOSPITALARIOS

MARÍA GARCÍA ALBERCA

JUANA DUQUE DUQUE

MANUELA CARMEN ALARCÓN ALCOLEA

MARÍA DE LOS DOLORES CARRETERO MARTÍNEZ

MARÍA JESÚS SIMARRO CORTÉS

1 Introducción

El auxiliar administrativo es el representante de un centro hospitalario, ya que supervisa su documentación.

Los hospitales emplean auxiliares administrativos en muchos departamentos o divisiones diferentes, como programación de citas, facturación, sala de emergencias, admisiones, recursos humanos e incluso gestión de archivos.

Dependiendo del área en la que se desempeñe, el asistente administrativo realizará una o más funciones, pero siempre deberá estar familiarizado con todo el entorno hospitalario y el adecuado manejo de la historia clínica manteniendo la privacidad del paciente de acuerdo con la ley de protección de datos. más alta prioridad.

Un auxiliar administrativo que trabaja con todos los expedientes debe prestar mucha atención a los detalles e intentar esforzarse por mantener las cosas organizadas y sin estrés para poder realizar sus funciones de la manera más eficiente posible y lograr todos sus objetivos profesionales.

Es responsabilidad del auxiliar administrativo archivar correctamente toda la documentación clínica, evitando errores que puedan comprometer gravemente la salud de los pacientes. Al auxiliar administrativo se le presentan una serie de documentos que son muy importantes en el campo de la medicina y pacientes.

Las funciones del aux. administrativo incluyen responder todas las llamadas entrantes, brindar consultas en caso de una emergencia médica y brindar cualquier otro servicio que pueda ser necesario.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es conocer que funciones tienen los auxiliares administrativos ante el archivo de un centro hospitalario.

3 Metodología

Esta investigación requirió la búsqueda de información mas relevante en una gran variedad de revistas científicas y bases de datos, donde se incluyen RSI, ciencias de la salud y el propio Ocronos, así como scielo y pubmed usando palabras clave.

4 Resultados

Los antecedentes clínicos están recogidos en la Ley 41/2002, art. 3, es una recopilación de información o documentos que contiene todos los detalles que los médicos u otros expertos médicos agregan sobre la condición de un paciente durante el curso de su atención.

La historia médica debe de incluir cualquier información necesaria sobre las circunstancias sociales del paciente desde el momento de la evaluación inicial hasta cualquier cambio provocado por el curso del tratamiento y la recuperación.

Según el art. de la Ley 41/2002. 14, el expediente médico del paciente también contiene siempre una lista de los nombres de los proveedores de atención médica que lo han tratado.

La historia clínica de cada paciente es muy específica, centralizada y acumulativa, al menos en cada centro médico, según la Ley 41/2002, ley orgánica y reguladora de la autonomía del paciente y de sus derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. . y que dicha información debe mantenerse privada y confidencial.

Modelo para el pasado clínico:

- Una historia y un examen físico.
- Noticias de una emergencia.
- Desarrollo cronológico de toda la práctica clínica.
- La emisión de las directivas médicas como son las recetas, los tratamientos y los cuidados que debe cumplir el paciente.
- Exámenes complementarios que solicite el personal médico y sanitario.
- El consentimiento informado del paciente, mediante el cual autoriza el uso de medicamentos o procedimientos quirúrgicos.
- Los informes de quirófano, patología y anestesia.
- El desarrollo y planificación de los cuidados de enfermería tras la intervención.
- El uso de la enfermería con fines terapéuticos.
- Un informe de alta clínica.

Los registros administrativos necesarios para toda la gestión, asignación de recursos y organización de factores de un centro de salud constituyen documentación no clínica.

5 Discusión-Conclusión

Todo paciente tiene derecho a acceder a su historial médico y derecho a obtener una copia de la información que contiene.

Las funciones del asistente administrativo incluyen responder todas las llamadas entrantes, brindar consultas cuando se necesita una historia clínica urgente y brindar cualquier otro servicio.

El auxiliar administrativo necesita concentración y un buen ambiente, luminoso, limpio y ordenado para realizar su trabajo dado el volumen de trabajo que se presenta en el archivo de todas las historias clínicas que se derivan a los distintos servicios de un hospital. trabajar, tener acceso rápido a todos los archivos y trabajar siempre de la manera más eficiente posible.

6 Bibliografía

- www.scielo.org

- www.revistamedica.com

Capítulo 476

FUNCIONES Y TAREAS DESARROLLADAS POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

MARIA PILAR ÁLVAREZ ALCAIDE

MARIA INMACULADA JIMÉNEZ VERBO

ANA MARIA CARPIO ACEDO

GEMA GARCIA-ABADILLO PEINADO

NIEVES BERMEJO PARRAS

1 Introducción

La Ley 16/2003, del 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, reconoce la salud pública, la atención primaria, la atención especializada, la atención sociosanitaria, la atención de urgencia, la farmacéutica, la ortopro-tésica, de productos dietéticos y el transporte sanitario como las prestaciones del Sistema Nacional de Salud. En su artículo 15 dedicado a la prestación de atención de urgencia, como aquella que se presta en aquellos casos en los que la situación clínica del paciente requiere de una atención sanitaria inmediata, médica y de enfermería, pudiendo prestarse en cualquier horario y en cualquier lugar: centros sanitarios o fuera de ellos, in situ o en el domicilio del propio paciente.

La asistencia sanitaria de urgencia en el sistema sanitario español está organizada en tres niveles de atención: la atención primaria, los servicios de urgencias hospitalarios y los servicios de urgencias y emergencias extrahospitalarios. Los servicios de urgencias hospitalarias son aquellas unidades especializadas del centro hospitalario que prestan asistencia a los pacientes que acuden a un hospital ante una situación de urgencia o emergencia. Esta atención es provista por un equipo multidisciplinar que puede variar en composición o número dependiendo del tipo o del tamaño del centro hospitalario, pero que al menos debe estar compuesto por personal sanitario como médicos, enfermeras, y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y por personal no sanitario como celadores, personal de limpieza y personal administrativo.

Los auxiliares administrativos en los servicios de urgencias hospitalarias cumplen un papel fundamental en la prestación de asistencia en el servicio de urgencias hospitalarias, al configurarse como el personal responsable de la realización de tareas administrativas vinculadas a la admisión, el registro y la gestión de los pacientes que llegan a este servicio. Además, de como fuente de información sobre dudas y trámites burocráticos suscitados por la asistencia a los servicios de urgencias hospitalarias.

2 Objetivos

- Exponer las diferentes áreas de actuación del auxiliar administrativo dentro de las urgencias hospitalarias.
- Explorar las funciones y tareas desarrolladas por el auxiliar administrativo en el contexto de la prestación de atención de las urgencias hospitalarias.

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: “urgencias hospitalarias” o “auxiliar administrativo en urgencias hospitalarias”.

4 Resultados

El servicio de atención de urgencias en un centro hospitalario es un área de gran importancia dentro de los servicios que se ofrecen desde un hospital.

En urgencias hospitalarias, la rapidez y la organización precisa y minuciosa son aspectos fundamentales para brindar una asistencia de calidad a los usuarios y pacientes que acuden a ella. Aunque siempre se asocia al personal sanitario con este servicio, los auxiliares administrativos desempeñan un papel fundamental en la gestión y tramitación eficiente de las admisiones y los procesos administrativos.

Dentro de urgencias, dos áreas diferenciales en las tareas del auxiliar administrativo: las tareas relacionadas con la admisión y la gestión de la documentación y la relacionada con la atención al paciente.

La tarea principal del auxiliar administrativo en el área de admisiones de urgencias es realizar el registro administrativo informatizado de los usuarios que requieren atención en urgencias. Esto conlleva la recopilación de los datos personales del paciente, la apertura o el acceso a su historia clínica, proporcionar información sobre los procedimientos a seguir a los acompañantes del paciente y, también, cuando los pacientes llegan sin acompañantes al hospital, localizar a los familiares y contactar con ellos.

El auxiliar administrativo suele ser el primer punto de contacto de los pacientes con el servicio de urgencias, por ello sobre este personal recae, en muchas ocasiones, la responsabilidad del control de la zona de espera y notificar al personal sanitario la llegada del paciente, así como asegurarse de que la información relevante del paciente esté disponible para el personal sanitario.

Además de estas tareas, el auxiliar administrativo será el encargado de gestionar los cambios de ubicación del paciente en otras unidades del hospital, los traslados a otros establecimientos o de las tramitaciones de las altas.

El auxiliar administrativo también es el personal de referencia en la atención al paciente, para todas aquellas cuestiones de información administrativa que soliciten pacientes y familiares, en la gestión y tramitación de reclamaciones o en la gestión de documentación relacionada con procedimientos judiciales.

El registro de la asistencia llevada a cabo desde urgencias y la gestión y el archivo de la documentación es una tarea fundamental del auxiliar administrativo porque proporciona la información necesaria para la gestión administrativa del propio centro hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

En el sistema sanitario, los servicios de urgencias hospitalarias son fundamentales para asistir de manera inmediata a aquellos usuarios o pacientes que se enfrentan situaciones clínicas que no admiten esperas.

El servicio de urgencias es atendido por un equipo multidisciplinar, que incluye personal médico, de enfermería, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, celadores, personal de limpieza o personal administrativo, todos trabajando de manera coordinada para garantizar una atención integral al paciente.

El enfoque principal de las urgencias recae en el personal sanitario, pero es importante señalar el papel fundamental que también todo el personal no sanitario. Así, el auxiliar administrativo que desarrolla su trabajo en este servicio es fundamental para su funcionamiento eficiente. Ya que, con el desempeño de su trabajo en la recepción y la atención al paciente, en la gestión de admisiones o mediante la realización de numerosos trámites burocráticos, contribuye a maximizar en lo posible la calidad en atención al paciente.

El auxiliar administrativo en los servicios de urgencias hospitalarias, además, no solo realiza tareas administrativas, también se convierte en una cara amable y tranquilizadora para pacientes y familiares en situaciones complicadas. La coordinación de roles sanitarios y no sanitarios es fundamental para conseguir una atención completa y humana en momentos complicados.

6 Bibliografía

1. Gob.es. [citado el 20 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>.
2. Ocronos R. El Personal Administrativo en el Servicio de Urgencias [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021 [citado el 20 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/personal-administrativo-urgencias>.
3. Investigación RS. La importancia del auxiliar administrativo en el servicio de urgencia [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [citado el 20 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-importancia-del-auxiliar-administrativo-en-el-servicio-de-urgencia/>.
4. Ocronos R. Qué hace un auxiliar administrativo en la Unidad de Urgencias [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2023 [citado el 20 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-laborales-administrativo-urgencias/amp/>.

Capítulo 477

LAS FUNCIONES DE UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE CITAS HOSPITALARIAS

JUANA DUQUE DUQUE

MANUELA CARMEN ALARCÓN ALCOLEA

MARÍA DE LOS DOLORES CARRETERO MARTÍNEZ

MARÍA JESÚS SIMARRO CORTÉS

MARÍA GARCÍA ALBERCA

1 Introducción

Programar y organizar citas médicas para pacientes mientras están hospitalizados se conoce como gestión de citas hospitalarias. Se debe brindar la atención adecuada a los pacientes en el momento adecuado y al mismo tiempo gestionar eficazmente las horas de trabajo y la disponibilidad de los médicos y otros proveedores de atención médica.

Optimizar el uso de los recursos médicos y garantizar una atención oportuna y eficaz al paciente son los dos objetivos principales de la gestión de citas hospitalarias. Para lograr esto, se utilizan herramientas y sistemas especializados, como software de gestión de citas, para ayudar a organizar y coordinar citas de manera efectiva.

La gestión de citas hospitalarias implica varias tareas importantes, tales como:

- Programación de citas.
- Coordinación con especialistas.
- Recordatorios de citas.
- Manejo de cambios y cancelaciones.
- Gestión de lista de espera.

La reducción de los tiempos de espera y la mejora del flujo de pacientes son dos beneficios de una gestión eficaz de las citas hospitalarias. También permite una mejor planificación de los recursos y un uso más eficaz del tiempo de los médicos y otros profesionales de la salud.

La gestión de las citas hospitalarias es un paso crucial para planificar y coordinar eficientemente las citas médicas. Implica concertar citas, trabajar con especialistas, recordar a las personas, gestionar listas de espera y gestionar cambios y cancelaciones. Al utilizar los recursos hospitalarios de la forma más eficiente posible, la gestión eficaz de las citas mejora el nivel de atención y la experiencia del paciente.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones de un auxiliar administrativo en la gestión de citas dentro del centro hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada.

Se han realizado búsquedas exhaustivas de libros y artículos en las bases de datos principales, PubMed, Medline y Scielo, centrándose en elegir trabajos académicos que tengan contenido pertinente al tema que se investiga.

4 Resultados

Cuando se trata de programar visitas al hospital, el auxiliar administrativo es crucial. Es responsable de garantizar que el proceso de planificación y coordinación de las citas médicas se desarrolle sin problemas y de forma eficaz. La siguiente es una descripción de algunas de las funciones clave del auxiliar administrativo en la organización de citas hospitalarias.

- Recepción y registro de solicitudes de citas:

El auxiliar administrativo se encarga de recibir las solicitudes de citas de los pacientes, ya sea por teléfono, correo electrónico o en persona. Se debe anotar la información básica del paciente, incluyendo nombre, fecha de nacimiento, motivo de la consulta y horario disponible.

- Las citas de los pacientes:

Los programa el personal administrativo auxiliar utilizando el sistema de gestión de citas del hospital según la disponibilidad del médico y la naturaleza de la consulta. En términos de fecha, hora y duración de la consulta, debe asegurarse de que programar citas que sean apropiadas.

- Coordinación con el personal médico:

Para programar y confirmar citas, el auxiliar administrativo habla frecuentemente con el personal médico. Parte de esto es asegurarse de que los médicos estén accesibles durante el horario programado e informar a las partes correspondientes sobre cualquier cancelación o cambio en las citas. Envío de recordatorios de citas: para disminuir las ausencias y cancelaciones, el auxiliar administrativo envía recordatorios a los pacientes. Esto se puede hacer mediante llamadas telefónicas, mensajes de texto, correos electrónicos u otras formas de comunicación. Si los clientes solicitan cambios en sus citas, el asistente administrativo también deberá reprogramarlas.

- Gestión de Lista de Espera:

El auxiliar administrativo es el encargado de gestionar la lista de espera cuando la hay para un servicio médico en particular. Necesita realizar un seguimiento de las personas en la lista de espera y concertar citas en función de su prioridad y disponibilidad.

- Actualización de registros:

El auxiliar administrativo mantiene actualizados los datos en el software de programación de citas. Esto implica ingresar y actualizar los datos del paciente, anotar los cambios en los horarios de las citas y verificar que los datos sean precisos y completos.

- Atención al paciente:

Durante el proceso de programación de citas, el auxiliar administrativo brinda atención al paciente. Responde consultas, brinda detalles sobre horarios de citas y ayuda a resolver cualquier problema o inquietud relacionada con las citas médicas.

El auxiliar administrativo debe tener fuertes habilidades organizativas, habilidades de comunicación efectiva y la capacidad de trabajar en un entorno acelerado.

También debe tener la capacidad de gestionar circunstancias difíciles y mantener

la confidencialidad de la información del paciente.

Al recibir y registrar solicitudes de citas, programar citas, coordinar con el personal médico, enviar recordatorios, administrar listas de espera y mantener registros actualizados, el auxiliar administrativo es crucial para la gestión de citas hospitalarias. Su aportación permite planificar y coordinar las citas médicas de forma eficaz y organizada, mejorando la satisfacción del paciente y maximizando el uso de los recursos hospitalarios.

5 Discusión-Conclusión

El uso de un sistema automatizado de gestión de citas es una sugerencia administrativa crucial para la gestión de citas hospitalarias. Algunas sugerencias son: utilizar software de gestión de citas, implementar un sistema de software especializado que permita la programación y gestión de citas efectivas. Estos sistemas automatizados pueden ayudar a disminuir los errores y los tiempos de espera, mejorar la asignación de recursos y enviar recordatorios automáticos a los pacientes.

La gestión de las citas hospitalarias se puede mejorar enormemente poniendo en práctica estas sugerencias, que optimizarán el flujo de pacientes, reducirán los tiempos de espera y mejorarán la satisfacción del paciente.

Un sistema computarizado para gestionar citas también mejora la precisión y la eficiencia de la programación, lo cual es ventajoso tanto para el personal como para los pacientes.

6 Bibliografía

- Boyer, J. (2020). El derecho de la función pública y el servicio civil (Vol. 40). Fondo Editorial de la PUCP.
- www.revistamedica.com.

Capítulo 478

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE LA TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL

JUANA DUQUE DUQUE

MANUELA CARMEN ALARCÓN ALCOLEA

MARÍA DE LOS DOLORES CARRETERO MARTÍNEZ

MARÍA JESÚS SIMARRO CORTÉS

MARÍA GARCÍA ALBERCA

1 Introducción

El personal del Sistema Nacional de Salud puede identificar a sus usuarios y otorgarles acceso a las prestaciones disponibles en su cartera de servicios a través de la tarjeta sanitaria, un documento administrativo.

A cada usuario del servicio de Salud se le asigna un número de identificación único para que se puedan procesar los pedidos y acceder a las historias clínicas de manera eficiente.

La tarjeta sanitaria individual es obligatoria para todas las personas, independientemente de su edad, y debe llevarse consigo en todo momento por si se requiere asistencia médica.

Las tarjetas sanitarias individuales sirven como representación física de todos los derechos relacionados con la salud.

El fundamento jurídico de esta política lo proporciona el Real Decreto 183/2004, que posteriormente fue desarrollado de acuerdo con la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de coherencia y calidad del Sistema Nacional de Salud. El citado decreto regula, entre otros, la expedición y validez de la tarjeta sanitaria individual, el código de identificación personal del Sistema Nacional de Salud, la información básica común que debe incorporar la TSI en todas las comunidades autónomas (CCAA), y la base de datos de la población protegida de dicho sistema. Dado que la tarjeta deberá presentarse en los centros sanitarios en caso de necesidad, ya sea en cita ordinaria o en el servicio de urgencias, los usuarios deberán llevar siempre su tarjeta junto con su DNI.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar al detalle la tarjeta sanitaria y ver todos sus apartados generales.

Objetivos secundarios:

- Dar a conocer el uso y la importancia de la tarjeta sanitaria individual.
- Enumerar los datos que deben figurar en la TSI.

3 Metodología

Como parte de la investigación para el desarrollo de este capítulo se realizó una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica ya publicada.

Además, se han seleccionado y consultado artículos de publicaciones académicas examinadas en las tres principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo.

4 Resultados

El procedimiento de solicitud variará dependiendo de si el solicitante tiene o no un número de Seguro Social. Si aún no lo tienen, primero deberán solicitar el alta en la Tesorería General de la Seguridad Social, donde se les entregará su número de identificación, que les servirá como prueba de su derecho a recibir asistencia sanitaria.

La tramitación presencial de la solicitud se realizará en el centro sanitario de referencia si ya dispone de número de Seguridad Social. Hasta la expedición y entrega de la tarjeta sanitaria definitiva al usuario, el personal auxiliar adminis-

trativo del centro de salud entregará un documento provisional sellado de validez determinada.

Cada asegurado o beneficiario dispone de una tarjeta sanitaria única e intransferible. Su presentación siempre será necesaria para recibir cualquier tipo de atención médica.

No hay fecha de vencimiento actual. Su validez dependerá de si se cumplen las solicitudes realizadas para su obtención. Solo en situaciones en las que los datos hayan cambiado o se hayan visto comprometidos se podrá emitir una nueva tarjeta.

Es recomendable llevarlo en todo momento encima de un documento identificativo como el DNI.

Independientemente de qué CCAA expida la tarjeta sanitaria, la información que conste en la misma deberá incluir, al menos, la siguiente:

En el anverso aparecerán:

- Número de orden de la tarjeta que se emite.
- Código de identificación de tipo de tarjeta. (CITE).
- Número de afiliación a la seguridad social.
- Número del NIF, pasaporte o NIE.- Nombre y apellidos del ciudadano/a.
- Código de identificación personal de comunidad autónoma (CIP).
- Tipo de aportación de farmacia (AF, FG, FM, PF).

En el reverso figurarán:

- Nombre y apellidos del médico/a.
- Dirección del centro de atención primaria (AP).
- Nombre del centro de AP.
- Teléfono/s de cita previa.
- Código de Identificación de asistencia sanitaria del profesional.

5 Discusión-Conclusión

El presente documento tiene como objetivo ayudar en los procesos administrativos que se realizan en los centros de salud en materia de seguros de salud y obtención del TSI.

Dado que la tarjeta deberá presentarse en los centros sanitarios en caso de necesidad, ya sea en cita ordinaria o en el servicio de urgencias, los usuarios deberán llevar siempre su tarjeta junto con su DNI. De esta manera, los profesionales podrán utilizar los recursos sanitarios disponibles en su máximo potencial.

El uso de la tarjeta sanitaria pretende en última instancia acortar los procesos administrativos y, en consecuencia, los tiempos de espera de los pacientes.

Tras la investigación realizada y con el trabajo desarrollado, se obtiene una descripción clara del contenido de la tarjeta sanitaria y una explicación al ciudadano adecuada para su entendimiento.

6 Bibliografía

1. www.seg-social.es.
2. www.boe.es.
3. www.revistamedica.com.

Capítulo 479

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ANIMALARIO O ESTABULARIO

ANA ISABEL MUÑOZ TORRERO PEÑA

INMACULADA SEVILLA SERRANO

RUBÉN QUESADA CASTRO

DOLORES ROMERO ROMÁN

JOSÉ CARLOS GARCÍA DEL CASTILLO SERRANO

1 Introducción

Las funciones del celador en instituciones sanitarias son muy diversas y de diferente índole, siendo una de las más desconocidas las que desarrollan en el animalario o estabulario.

La investigación es primordial para el estudio de la salud, con ella se logran muchos avances en el estudio de la enfermedad, creación de vacunas, prueba de fármacos, etc. Es por ello que en los grandes hospitales existen zonas dedicadas a la investigación y a la experimentación en las que se hace necesaria la existencia de animales vivos.

En el Estatuto de Personal no Sanitario del 5 de julio de 1971, dentro de las funciones que han de desarrollar los celadores, en el artículo 14.2 dentro del apartado 14.2.21 está indicada la del trabajo del celador en animalario

“Tendrán a su cargo los animales utilizados en los quirófanos experimentales y laboratorios”, por lo que deberán cuidar, asear y dar de comer a los animales que van a ser sometidos a investigación, estudio y experimentación por el personal sanitario. Los celadores, al igual que el resto de personal que trabaje en el animalario, deberá proteger y velar por el bienestar de los animales, administrándoles los cuidados necesarios, reduciendo acciones que les puedan causar dolor y sufrimiento, intentando aplicar métodos experimentales poco invasivos.

2 Objetivos

- Exponer las funciones que ha de desarrollar el celador en el servicio de animalario en centros hospitalarios con el fin de la investigación sanitaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación con la revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de diversos libros y bases de datos sanitarias, como: Cuiden, Pubmed, y Medline, aplicando filtro de idioma castellano y periodo (2020-2023).

4 Resultados

A partir del artículo 14.2.21 del estatuto de personal no sanitario, podemos desarrollar las diferentes funciones que tiene un celador en el servicio de animalario, entre otras, como:

Distribución de los animales.

- Deberá tener a las diferentes especies de animales en el habitáculo más adecuado para su bienestar y en las condiciones necesarias, no mezclando especies.
- No deberá tener juntos a machos y hembras, sólo lo hará en caso de que se lo indiquen con fines a procreación.
- Tendrá las jaulas y habitáculos de los animales de tal manera que el acceso a ellos sea cómodo para el seguimiento y control de los mismos.
- Colaborará en el cumplimiento del protocolo del servicio, al igual que el resto del personal.

Cuidado de los animales.

- Los cuidados serán diferentes según las características de las especies, por lo que el celador deberá conocer los cuidados necesarios de cada una, ya sean conejos, cobayas, ratones... en cuanto a temperatura, humedad y espacio que necesiten.

Alimentación de los animales.

- Los celadores deberán alimentar a los animales, según sus características, edad y necesidades, el alimento será administrado según su composición, en gránulos, semillas, comprimidos... Utilizando los preparados comerciales que le indiquen.

- El celador tendrá a su cargo la observación de los bebederos de agua, rellenándolos cuando sea necesario.

Limpieza de los habitáculos.

- Limpiarán las jaulas y lechos, lavando los comederos y bebederos, con la frecuencia periódica que esté protocolizada y siempre que sea necesario, para el correcto mantenimiento de la higiene de los animales.

- Los celadores serán los encargados de la limpieza y desinfección de las bandejas de recogida de excrementos de tres a cuatro veces por semana.

- Bañarán si así se lo indica el personal sanitario a los animales que lo necesiten.

Otras de las funciones es la sujeción del animal si le fueran a realizar una prueba, al igual que los trasladarán a otras dependencias, si el animal fallece también se encargará de llevarlo a incineración con el debido registro.

5 Discusión-Conclusión

El celador debe regirse por las funciones establecidas en el Estatuto de Personal no sanitario, en el animalario sus funciones son de ayuda, auxilio y cuidado animal, lo que produce que tenga muy diversas funciones, siendo la principal velar por el bienestar y confort de los animales que van a participar en los procesos de investigación y experimentación sanitaria científica.

El celador deberá siempre responder ante su inmediato superior en el servicio de animalario, y su principal función en este servicio es el cuidado, alimentación e higiene de los animales y sus habitáculos, siendo una de las piezas fundamentales para el adecuado funcionamiento del servicio de animalario.

Además de lo expuesto, destacamos la necesidad de la formación continuada en este campo para favorecer cuidados de calidad y un mayor beneficio para la investigación.

6 Bibliografía

1. Ocronos R. El animalario. Funciones del celador [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021 [citado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/animalario-funciones-celador/>.
2. Baquero MA, Responsable V. Emisión inicial: 22 abril de 2010 Autor: Mario Arenillas Baquero Aprobada por: Belén Riquelme García Revisión periódica: anual Fecha revisión: Cambios: Autor: Revisado por: Aprobado por: 26 abr 2011 Cambio en las instrucciones [Internet]. lisgetafe.es. [citado el 22 de agosto de 2023].
3. Investigación RS. Las funciones del celador/a dentro del ámbito del animalario [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [citado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/las-funciones-del-celador-a-dentro-del-ambito-del-animalario/>.

Capítulo 480

EL TRASLADO DEL PACIENTE QUIRÚRGICO. ACTUACIÓN DEL CELADOR DURANTE EL TRASLADO

MARIA ROSA FRANCISCO CABRERA

MARÍA DEL CARMEN ORTIZ IZQUIERDO

LUIS ARJONA ROMERO

MIGUEL ANGEL ARJONA ROMERO

NATALIA SERRANO OÑORO

1 Introducción

Cuando un paciente es intervenido quirúrgicamente, es trasladado desde la sala de intervenciones hasta el área de reanimación o despertar, conocida popularmente como “REA”. El área de reanimación es la localización física donde se recuperan los pacientes inmediatamente después de la intervención quirúrgica, suele encontrarse en una sala anexa a los quirófanos.

En dicha área se le realizarán las actuaciones necesarias para que el paciente se recupere de la intervención y pueda ser dado de alta. Generalmente, la actuación realizada en la REA a los pacientes que son intervenidos es la de garantizar que el paciente despierte con normalidad, mientras se monitoriza y se le toman las constantes, controlando pulsaciones, constantes, tensión y saturación.

El traslado realizado desde la sala de intervenciones hasta el área de reanimación o despertar será realizado por el celador responsable del quirófano en cual se encuentra el paciente, sin embargo, este traslado será acompañado por el equipo médico y de enfermería responsable del paciente.

A continuación, durante el desarrollo de este capítulo científico se procederá a explicar los tipos de traslados posibles dependiendo del estado clínico del paciente una vez ha sido intervenido. Del mismo modo, se especifica con qué tipo de pacientes debe realizarse el traslado acompañado de un equipo sanitario

2 Objetivos

- Conocer la finalidad del área de reanimación o despertar del bloque quirúrgico en un centro hospitalario.
- Detallar las funciones desarrolladas por el celador de quirófano durante el traslado del paciente que ha sido intervenido quirúrgicamente.

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

Cuando un paciente es dado de alta en el área de reanimación o despertar, será función del celador de quirófano o del celador del área de reanimación el encargado de realizar el traslado del paciente hasta la planta de hospitalización donde se recuperará de la intervención quirúrgica. Sin embargo, se pueden considerar dos tipos de traslados:

- Traslado realizado únicamente por el celador. Este traslado se produce cuando el paciente se ha recuperado con normalidad en el área de reanimación y sube a planta de hospitalización.
- Traslado realizado por el celador acompañado por un equipo médico y de enfermería. Este traslado se produce cuando el paciente o bien no se ha recuperado con

normalidad en el área de reanimación, o bien a habido complicaciones durante la intervención quirúrgica y es traslado a la unidad de cuidados intensivos. Durante este tipo de traslado, por norma general, el paciente porta multitud de aparatos sanitarios como pueden ser: respirador, bombas de medicación, monitor... por lo que un único celador no podrá encargarse del traslado y será realizado por dos celadores.

Mientras que el resto del equipo sanitario controlará las constantes del paciente a través del monitor por si tuvieran que intervenir de manera inmediata.

Como se ha mencionado, una vez el paciente ha recibido el alta en el bloque quirúrgico pueden ser diversas ubicaciones en las cuales puede ser trasladado el paciente.

- Unidad de cuidados intensivos. Cuando el paciente requiere de una atención médica especializada durante las 24 horas del día.
- Servicio de urgencias. Cuando el paciente ha acudido al servicio de urgencias y ha sido intervenido inmediatamente debido al diagnóstico, pero una vez pasado el tiempo de recuperación será dado de alta.
- Planta de hospitalización. Generalmente, es el destino más habitual para un paciente que ha sido intervenido quirúrgicamente. La ubicación en una planta de hospitalización u otra dependerá del tipo de intervención y de la zona corporal que ha sido intervenida.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El traslado del paciente quirúrgico. Actuación del celador durante el traslado” nos demuestra, por un lado, los tipos de traslados que pueden realizarse con el paciente intervenido quirúrgicamente y, por otro lado, las diferentes ubicaciones en las cuales puede ser realizado el traslado.

Sin embargo, un aspecto a tener en cuenta durante el traslado, independientemente del tipo de traslado y del destino de hospitalización del paciente, es que el celador que se encargue de realizar el traslado sea un celador experimentado en este tipo de situaciones, puesto que los pacientes quirúrgicos son pacientes que suelen portar un gran número de dispositivos como sondas, drenajes, bombas de medicación, monitor... y debe saber como controlar todos estos dispositivos para que se garantice la seguridad del paciente durante el traslado.

6 Bibliografía

1. Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.

2. GARRIDO, J.M. El celador en el quirófano. 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 481

LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA REANIMACIÓN (REA) DEL SERVICIO DE URGENCIAS

MARÍA DEL CARMEN ORTIZ IZQUIERDO

LUIS ARJONA ROMERO

MIGUEL ANGEL ARJONA ROMERO

NATALIA SERRANO OÑORO

MARIA ROSA FRANCISCO CABRERA

1 Introducción

Antes de proceder con el desarrollo de la temática de este capítulo científico, se van a definir una serie de conceptos los cuales se encuentran relacionados con el tema a desarrollar.

El término REA en el servicio de urgencias de atención especializada de un centro hospitalario se entiende como a la unidad de reanimación y cuidados críticos de los pacientes adultos. Mientras que la REA pediátrica hace referencia a la unidad de reanimación y cuidados críticos de los pacientes pediátricos.

En el ámbito de funcionamiento del servicio de urgencias, se conoce a la Rea como la localización física donde son atendidos aquellos pacientes que acuden al servicio de urgencias y requiere de una atención médica inmediata.

Cuando un paciente acude al servicio de urgencias en un estado crítico o grave ya sea desde el servicio de ambulancias con una uvi móvil (unidad de vigilancia intensiva) o por su propia cuenta, se activa el protocolo de REA y acude todo el personal sanitario y no sanitario destinado a la unidad de reanimación. El equipo profesional que integra el grupo de REA está formado por: dos médicos generalistas del servicio de urgencias, dos enfermeros, un técnico en cuidados auxiliares de enfermería y un celador, pudiendo acudir otros profesionales bajo la petición del médico a cargo del paciente.

2 Objetivos

- Conocer los términos de REA y REA pediátrica.
- Detallar el funcionamiento y el equipo profesional que interviene cuando hay un paciente en la unidad de reanimación del servicio de urgencias.
- Enumerar las funciones llevadas a cabo por el celador en la unidad de reanimación.

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 el celador es un eslabón más en la cadena de profesionales que intervienen en la unidad de reanimación y cuidados críticos de un paciente adulto y un paciente pediátrico en el servicio de urgencias.

La figura del celador, al igual que la del resto del personal anteriormente citado, es fundamental e imprescindible para el correcto funcionamiento de la unidad, puesto que las funciones realizadas por el celador en la unidad de reanimación facilitan el trabajo del resto de profesionales que intervienen.

A continuación, se va a enumerar y detallar las funciones desarrolladas por los celadores asignados a la unidad de reanimación y cuidados críticos del servicio de urgencias.

Funciones del celador en la REA de urgencias.

- Abrir las puertas de la unidad cuando acude un paciente con la uvi móvil, es decir cuando un paciente en estado grave o crítico acude al servicio de urgencias en ambulancia acompañado de un médico, un enfermero y dos técnicos en transporte sanitario.
- Colaborar durante la transferencia del paciente desde la camilla de la ambulancia hasta la camilla de la unidad de reanimación. La transferencia será coordinada y dirigida por el médico del servicio de ambulancias puesto que es el médico que conoce el estado del paciente. Este profesional indicará la mejor forma de hacer la transferencia, puede ser realizada en bloque o utilizar un medio auxiliar como el transfer para su transferencia.
- Colocar la camilla en la posición indicada por el médico a cargo del paciente del servicio de urgencias.
- Trasladar al laboratorio las analíticas, y muestras biológicas extraídas del paciente.
- Ayudar al técnico en imagen y radiodiagnóstico a movilizar al paciente para la colocación de placas y la realización de radiografías portátiles, dentro de la unidad.
- Trasladar al paciente al servicio de radiología para la realización de una tomografía axial computarizada (TAC).
- Trasladar al paciente al destino indicado una vez valorado por el médico, pudiendo ser trasladado a un box del servicio de urgencias, al quirófano o a la unidad de cuidados intensivos del centro hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “La actuación del celador en la Rea del servicio de urgencias” nos demuestra cada una de las funciones desarrolladas por el celador adscrito a la unidad de reanimación y cuidados críticos de los pacientes adultos y pacientes pediátricos.

Cabe destacar que la unidad de reanimación del servicio de urgencias es una de las unidades dónde más presión y estrés se produce, puesto que los pacientes se encuentran en un estado grave o crítico y requieren de una actuación inmediata y rápida por parte de todo el personal sanitario y no sanitario, es por ello, por lo que los celadores que se encuentren asignados a esta unidad deberán ser celadores experimentados en el servicio de urgencias capaces de gestionar este tipo de situaciones y ejercer sus funciones de forma coordinada con el resto del equipo profesional.

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.
3. Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

Capítulo 482

EL PERSONAL SUBALTERNO ANTE EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO. LA ACTUACIÓN DEL CELADOR SEGÚN EL PROTOCOLO DE CONTENCIÓN TERAPÉUTICA DE UN PACIENTE PSIQUIÁTRICO

NATALIA SERRANO OÑORO

MARIA ROSA FRANCISCO CABRERA

MARÍA DEL CARMEN ORTIZ IZQUIERDO

LUIS ARJONA ROMERO

MIGUEL ANGEL ARJONA ROMERO

1 Introducción

Cuando el celador y otro profesional sanitario ve anomalías en el comportamiento de un paciente psiquiátrico, observando conductas agresivas en él, debe dar la voz de alarma y avisar al resto de profesionales de la unidad donde se encuentre dicho paciente.

Los pacientes psiquiátricos no son tratados únicamente en la unidad de psiquiatría de un centro hospitalario, puesto que previamente a su ingreso acuden al servicio de urgencias, en el cual pasan por el servicio de admisión y triaje en primer lugar. Del mismo modo, estos pacientes pueden sufrir otras enfermedades y por ello ser atendidos y/o ingresados en otras unidades del centro hospitalario. Con esto se quiere decir que un paciente psiquiátrico puede sufrir un brote de agresividad o violencia en cualquier unidad de un centro sanitario, por lo que todo el personal tanto sanitario como no sanitario, deberá conocer un protocolo de actuación para contener a un paciente mecánica o terapéuticamente si así lo indica el médico a cargo de dicho paciente.

Es por ello, que debe existir en todas las unidades de hospitalización de un centro sanitario, así como en el servicio de urgencias, un equipo de contención mecánica. De esta manera se podrá contener a un paciente agresivo de forma inmediata, sin necesidad de tener que desplazarse hasta la unidad de salud mental para recoger el equipo de contención mecánica.

2 Objetivos

- Conocer el protocolo llevado a cabo por el personal sanitario y no sanitario durante la contención terapéutica de un paciente psiquiátrico.
- Detallar las funciones llevadas a cabo por el celador con el paciente psiquiátrico durante la contención mecánica.

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

Existen tres tipos de contenciones llevadas a cabo en las unidades de salud mental:

- La contención verbal. El médico especializado en salud mental intentará dialogar con el paciente, pidiéndole que le indique sus inquietudes y sensaciones.

- La contención farmacológica. El médico especializado en salud mental pautará una medicación para que le sea administrada al paciente. Esta contención es llevada a cabo cuando la contención verbal no tiene efecto alguno sobre el paciente.
- La contención mecánica, también conocida como contención terapéutica. Esta contención es el último recurso utilizado por los profesionales, siempre bajo la orden, coordinación y supervisión del médico psiquiatra. Es llevado a cabo cuando las dos contenciones anteriores no resulten efecto alguno sobre el paciente. Funciones llevadas a cabo por el celador con el paciente psiquiátrico durante la contención mecánica, según el protocolo de actuación.
- Vigilar el comportamiento de los pacientes y ante cualquier anomalía comunicarlo al enfermero o enfermera responsable del paciente en cuestión. Si el enfermero determina necesario llamar a un médico psiquiatra, el celador deberá vigilar a este paciente hasta que acude el médico, distrayéndole y evitando así que se produzca autolesiones o pueda herir a otro paciente o profesional.
- Mientras acude el médico psiquiatra, el celador llamará al servicio de seguridad para que se personen en la unidad donde se encuentra el paciente agitado. Mínimo acudirán tres personas.
- Mientras el médico dialoga con el paciente agitado, el celador conducirá al resto de pacientes a sus habitaciones, para evitar en primer lugar que el paciente se crea un héroe y se vuelva más violento, y en segundo lugar para evitar cualquier acción del paciente contra estos pacientes.
- Participar junto al resto de profesionales durante la contención del paciente agitado.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El personal subalterno ante el paciente psiquiátrico. La actuación del celador según el protocolo de contención terapéutica de un paciente psiquiátrico” nos demuestra el protocolo seguido por el personal sanitario y no sanitario durante la contención terapéutica de un paciente psiquiátrico.

Es importante hacer hincapié en los pasos que marca el protocolo de actuación, puesto que este tipo de pacientes cuando sufren un brote se ponen muy agresivos y corren peligro tanto los pacientes como los profesionales que intervienen en la contención, es por ello, que deberán saber como actuar en todo momento y hacerlo de manera conjunta y coordinada.

6 Bibliografía

1. Castilla-La Mancha, SESCOG. 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 483

EL ROL DEL CELADOR EN LOS ALMACENES DE LOS CENTROS SANITARIOS

SERGIO REPISO FERNÁNDEZ

ANA MARÍA CALVO FERNÁNDEZ

JUAN GONZALO RAMÍREZ CASTELLANO

JOSE FRANCISCO GALDÓN FERNÁNDEZ

SUSANA B GALLEGO DEL CERRO

1 Introducción

Los almacenes hospitalarios desempeñan un papel esencial en el proceso de almacenamiento de suministros y materiales médicos. Estos espacios deben ser adecuados y contar con áreas específicas para la recepción, verificación, manipulación y preparación de los elementos. El Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, establece claramente que las responsabilidades vinculadas a los almacenes hospitalarios se asignan a las categorías de gestión y servicio, particularmente a los celadores.

Los celadores a cargo de los almacenes hospitalarios desempeñan un papel fundamental en la gestión de los materiales. Sus responsabilidades incluyen tareas de carga y descarga de suministros, así como la organización y ordenamiento de los mismos siguiendo los métodos establecidos por el hospital.

Entre los métodos más comunes se encuentran: el método LIFO (Last In, First Out), donde lo último que entra es lo primero en salir; el método FIFO (First In, First Out), en el cual lo primero que ingresa es lo primero en salir y que es ampliamente utilizado en la mayoría de los centros hospitalarios; y el método ABC (método Pareto), que clasifica los productos en categorías A, B y C según su demanda, ubicando los más demandados en lugares accesibles (categoría A), los menos demandados en lugares intermedios (categoría B) y los de menor demanda en lugares más distantes (categoría C). Estas labores de organización y clasificación son esenciales para mantener un flujo eficiente de materiales en el entorno hospitalario.

2 Objetivos

- Analizar el desempeño de los celadores en la cadena de almacenaje, preparación y salida de los materiales del almacén de los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para llevar a cabo la evaluación de búsqueda bibliográfica, se hizo uso de recursos como la plataforma Medline, además de PubMed y otras fuentes pertinentes. Los términos MESH empleados fueron: "store"; "watchman"; "hospital centers" y "functions".

Una vez concluida la búsqueda, se incorporaron investigaciones clínicas y revisiones publicadas recientemente.

4 Resultados

El estudio realizado por Aguilar, V et al (2013) pone de manifiesto diversas dificultades que afectaban al almacén logístico general del Hospital Universitario Virgen de la Macarena. En primer lugar, se identificó que este almacén estaba ubicado en el subsuelo del hospital, lo que limitaba su espacio y lo exponía a problemas de humedad y filtraciones de agua. La gestión del stock del almacén presentaba problemas de fiabilidad en su informatización, ya que los registros de inventario sufrían frecuentes rupturas de existencias.

Los almacenes ubicados en las diferentes plantas del hospital también enfrentaban problemas de gestión, puesto que estaban mal administrados y carecían de

un sistema adecuado para conocer la cantidad de productos almacenados. El estudio estimó que mejorar la gestión del inventario podría llevar a una reducción del 12% en los costos operativos, además de liberar recursos que podrían ser asignados a servicios más prioritarios. En consecuencia, una gestión más eficiente de los almacenes hospitalarios podría lograrse a través de estas mejoras.

Este estudio resalta la importancia de optimizar la gestión de los almacenes en el entorno hospitalario, no solo para reducir costos y mejorar la asignación de recursos, sino también para garantizar un flujo adecuado de suministros y contribuir a una operación más eficaz y eficiente de toda la institución sanitaria.

En el contexto del almacén logístico general, los celadores desempeñaban un papel fundamental al encargarse de transportar los productos desde este almacén hacia las unidades ubicadas en las distintas plantas del hospital. Los supervisores de estas unidades eran responsables de realizar los pedidos a través del sistema informático, solicitando los productos que necesitaban al almacén logístico general. Este almacén, a su vez, llevaba a cabo un inventario para identificar qué productos faltaban en los almacenes de las plantas y luego procedía a satisfacer la solicitud.

Investigaciones realizadas, especialmente en hospitales de Estados Unidos, han evidenciado la relevancia de los celadores en el mantenimiento de la cadena de suministros hospitalarios. En dichos estudios, se señala que, en algunos hospitales, existe una proporción de un celador por cada 50 pacientes, lo que subraya su contribución esencial para asegurar un flujo eficiente de productos y materiales.

Además, se ha demostrado que el trabajo de los celadores puede tener un impacto significativo en la eficiencia global de un hospital. Encuestas realizadas a profesionales sanitarios han revelado que alrededor del 80% de los encuestados considera que las actividades realizadas por los celadores influyen en la precisión y la rapidez con que se lleva a cabo la distribución de productos dentro de la institución. Esto resalta cómo la labor de los celadores no solo es una parte integral de la cadena logística, sino que también incide en la operación general del hospital y en la calidad de atención que se proporciona a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

El papel desempeñado por los celadores en los servicios logísticos hospitalarios es de suma importancia para asegurar un funcionamiento óptimo de los almacenes. Estos almacenes están estratégicamente ubicados en áreas que permiten un suministro constante y eficiente de recursos a los profesionales de la salud, con el

propósito de ofrecer una atención de alta calidad a los pacientes. En este contexto, los celadores actúan como el vínculo esencial entre los distintos servicios hospitalarios, los departamentos involucrados, así como entre los proveedores y los profesionales médicos. Gracias a esta función, se garantiza y facilita una distribución efectiva de los productos y materiales necesarios para la atención médica.

Cabe resaltar que los celadores tienen un impacto directo en la fluidez de la cadena de suministro hospitalario. La precisión y la celeridad con las que llevan a cabo sus tareas contribuyen de manera significativa a minimizar posibles retrasos en los tratamientos y procedimientos médicos. En última instancia, esto beneficia a los pacientes al asegurar que los recursos necesarios estén disponibles en el momento adecuado y en las condiciones requeridas para su atención médica.

6 Bibliografía

1. Aguilar-Escobar, V. G., & Garrido-Vega, P. (2013). Gestión Lean en logística de hospitales: estudio de un caso. *Revista de Calidad Asistencial*, 28(1), 42–49.
2. Online, C., & Perfil, V. T. mi. (s/f). Tema 26. El Celador en el Almacén. *Suministros Hospitalarios.*, de <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-26-el-celador-en-el-servicio-del.html>.
3. Sanitarios, C. (s/f). TEMA 13: Los suministros. *Suministros internos y externos. Recepción y almacenamiento de mercancías. Organización del almacén. Distribución de pedidos.* Formacurae.es., de <https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/>.

Capítulo 484

EL ROL DEL CELADOR EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

SERGIO REPISO FERNÁNDEZ

JUAN GONZALO RAMÍREZ CASTELLANO

ANA MARÍA CALVO FERNÁNDEZ

SUSANA B GALLEGO DEL CERRO

JOSE FRANCISCO GALDÓN FERNÁNDEZ

1 Introducción

La atención primaria desempeña un papel central en el acceso a los servicios de salud, garantizando una atención continua y completa a lo largo de la vida de los pacientes. Es fundamental para brindar protección y asegurar una atención de salud equitativa e integral. La accesibilidad a la atención primaria es esencial para todos los pacientes que la requieran y debe caracterizarse por su capacidad resolutoria, así como por su enfoque en la prevención, promoción y rehabilitación de la salud.

Los centros de salud tienen como objetivo no solo tratar las enfermedades de los pacientes, sino también promover la salud en general. Estos centros, parte integral del Sistema Nacional de Salud, cuentan con un equipo diverso que incluye médicos de atención primaria, enfermeros, personal administrativo y celadores. En algunos casos, también cuentan con profesionales adicionales como odontól-

ogos, matronas, psicólogos y psiquiatras, entre otros, para ofrecer una atención integral y variada a los pacientes.

En España, existen alrededor de 13.000 centros de atención primaria que brindan atención a un total de 364 millones de pacientes, incluyendo 29 millones de casos de urgencias atendidas en los centros de salud. La implementación de una atención primaria de calidad y universal en el país tiene como objetivo mejorar los resultados de salud.

En el contexto actual de España, la atención primaria desempeña un papel vital debido a la creciente prevalencia de enfermedades relacionadas con el envejecimiento, la dependencia y las enfermedades crónicas. Es fundamental que la atención primaria sea tanto eficaz como eficiente para abordar estos desafíos y proporcionar una atención integral y adecuada a la población.

2 Objetivos

Analizar la función desempeñada por los celadores y otros miembros del equipo de salud en el contexto de la atención primaria.

3 Metodología

Para llevar a cabo la evaluación de búsqueda bibliográfica, se hizo uso de recursos como la plataforma MEDLINE, además de PUBMED y otras fuentes pertinentes. Los términos MESH empleados fueron: "wardens"; "primary care" y "role". Una vez concluida la búsqueda, se incorporaron investigaciones clínicas y revisiones publicadas recientemente.

4 Resultados

Los resultados de varios estudios proporcionan una visión completa de la satisfacción y la percepción de los profesionales sanitarios en el ámbito de la atención primaria. Según el Barómetro Sanitario de 2019, la atención primaria recibió una puntuación de satisfacción del paciente de 7.7 sobre 10, en comparación con la puntuación de satisfacción del sistema sanitario en general que fue de 6.6 sobre 10.

Un estudio realizado en Asturias por Rodríguez et al. (2017) exploró la satisfacción de los profesionales sanitarios en centros de salud. En este estudio, se encontró que el 83.9% de los profesionales se sentían satisfechos con su trabajo, mientras

que el 12.2% se sentía insatisfecho. Las relaciones interpersonales también fueron un factor importante, ya que el 81.8% de los sanitarios estaban satisfechos con las relaciones entre compañeros.

No obstante, también se identificaron áreas de insatisfacción y presión en el entorno laboral. El 66.3% de los profesionales reportaron sentir tensión en el trabajo, y el 50.5% experimentaban presión durante sus labores. La falta de oportunidades de promoción fue otro factor que influyó en la insatisfacción, ya que el 52.9% de los encuestados no estaban satisfechos con la promoción en sus trabajos.

Los resultados también mostraron que la antigüedad en el trabajo y la presión laboral pueden estar relacionadas con la insatisfacción. Los profesionales con más tiempo en atención primaria tendían a estar más insatisfechos en comparación con los que tenían menos tiempo. Además, los profesionales eventuales también eran más propensos a sentir insatisfacción en comparación con los fijos o interinos.

En cuanto a las categorías sanitarias, se encontró que los facultativos de atención primaria eran los más insatisfechos, seguidos por los administrativos, mientras que las enfermeras mostraban una menor insatisfacción. Aunque el estudio no encontró diferencias significativas en la categoría de celadores, esta información proporciona una visión detallada de las dinámicas de satisfacción en el entorno de atención primaria.

Estos resultados resaltan la complejidad del entorno laboral en la atención primaria y la importancia de abordar las áreas de insatisfacción para mejorar la calidad del trabajo y, por ende, la calidad de la atención al paciente.

Es fundamental resaltar el papel colaborativo que desempeñan tanto los celadores como otros profesionales sanitarios en la atención primaria, trabajando hacia objetivos comunes y adoptando un enfoque interdisciplinario que se centre en las necesidades individuales y familiares. Este enfoque integral debe abarcar la prevención, promoción y rehabilitación de la salud.

En el contexto español, es evidente que existe margen para mejorar el diseño de la atención primaria. La implementación de un sistema que aborde de manera integral todos los aspectos relacionados con la atención primaria es esencial para brindar una atención de calidad. Esto implica garantizar que los servicios de salud sean ágiles y capaces de responder eficazmente a las preguntas y necesidades de los ciudadanos.

Un aspecto clave es dirigir los servicios de atención primaria hacia el usuario, asegurándose de que los pacientes sean el centro de la atención. Esto no solo mejora la calidad de la atención, sino que también fomenta un enfoque más centrado en el paciente y en la mejora constante de la calidad de los servicios.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, resaltar la figura del celador en su actividad en atención primaria, abarcando prevención, promoción y rehabilitación. En última instancia, la atención primaria desempeña un papel crucial en la promoción de la salud y el bienestar de la población. La colaboración entre profesionales sanitarios, incluidos los celadores, es esencial para garantizar que se brinde una atención integral y de alta calidad a los ciudadanos, abordando sus necesidades de manera efectiva y logrando avances graduales en la calidad de los servicios de atención sanitaria. 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. Gob.es. (2022). https://www.sanidad.gob.es/profesionales/excelencia/docs/Plan_de_Accion_de_Atencion Primaria.pdf
2. Rodríguez Alonso, A., Gómez Fernández, P., & De Dios del Valle, R. (2017). Estudio de la satisfacción laboral en los equipos de atención primaria en un área sanitaria de Asturias. *Enfermería global*, 16(3), 369. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.256641>
3. Varela Mallou, J. (s/f). Redalyc.org., de <https://www.redalyc.org/pdf/727/72715421.pdf>

Capítulo 485

EL ROL DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL

SERGIO REPISO FERNÁNDEZ

JOSE FRANCISCO GALDÓN FERNÁNDEZ

SUSANA B GALLEGO DEL CERRO

ANA MARÍA CALVO FERNÁNDEZ

JUAN GONZALO RAMÍREZ CASTELLANO

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud define la Salud Mental como un estado de bienestar en el cual cada individuo puede desarrollar su máximo potencial, afrontar las tensiones cotidianas, trabajar de manera productiva y fructífera, y contribuir de forma positiva a su comunidad.

Los celadores que trabajan en las unidades de salud mental desempeñan un papel crucial como miembros del equipo multidisciplinario encargado de atender a pacientes con trastornos mentales. Este equipo incluye diversos profesionales como psiquiatras, psicólogos, enfermeros y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. Juntos, colaboran para proporcionar un enfoque integral y holístico en la atención y tratamiento de las personas que padecen enfermedades mentales. El papel de los celadores en las unidades de salud mental es de vital importancia, ya que su contribución resulta fundamental para promover el bienestar psicológico y brindar un cuidado óptimo a los pacientes. Estos profesionales se con-

vierten en aliados colaborativos de los psiquiatras, ayudando a explicar a los pacientes los procedimientos que se llevarán a cabo, proporcionando información relevante y fomentando la comprensión de su situación. Su participación activa en el equipo multidisciplinario refuerza la comunicación efectiva y la atención integral de quienes padecen trastornos mentales.

En el entorno de la salud mental, el rol del celador consiste en proporcionar apoyo y crear un entorno seguro para los pacientes, especialmente en momentos que puedan resultar estresantes y abrumadores para ellos. A través del acompañamiento durante los procedimientos ambulatorios y hospitalarios, los celadores desempeñan un papel crucial en el bienestar emocional de los pacientes. Su presencia y atención contribuyen de manera concreta a aliviar la carga emocional de los individuos y a facilitar su experiencia en el proceso de tratamiento y recuperación.

2 Objetivos

Explorar las actuaciones que desempeña el celador en las unidades de la salud mental, así como examinar la atención y el apoyo que estos prestan a los pacientes.

3 Metodología

Se realizó una exhaustiva búsqueda bibliográfica utilizando diversas fuentes, como la plataforma MEDLINE y PUBMED, entre otras, para obtener información relevante. Los términos MESH utilizados fueron cuidadosamente seleccionados e incluyeron: "watchman", "mental health", "women", "men" y "prevalence". Tras completar la búsqueda, se incorporaron investigaciones clínicas y revisiones recientes para enriquecer y respaldar el análisis.

4 Resultados

La mayoría de las problemáticas por la que la población española acude a salud mental en el año 2020 es por tener ansiedad y depresión. Entorno al 5,84% de los adultos mayores de 15 años han acudido a los servicios de salud mental por tener ansiedad o depresión, de ellos el 3,5% son hombres y el 8,06% son mujeres. En relación al diagnóstico de depresión, este afecta a un 5,28% de la población. Similar a lo observado con la ansiedad, la prevalencia de depresión en los adultos

se presenta más del doble en mujeres, con un 7,22%, en comparación con el 3,23% en hombres.

Se ha constatado que la incidencia de depresión se multiplica por tres en aquellos que están desempleados (7,62%) en comparación con los que tienen empleo (2,47%). Además, alcanza un preocupante 23,71% entre aquellos que no pueden trabajar debido a incapacidades. Esta misma tendencia se refleja en el caso de la ansiedad crónica, con tasas de 8,52%, 4,4% y 24,44% respectivamente.

Un 10,86 % de los adultos mayores de 15 años ha utilizado medicamentos de la categoría de relajantes, tranquilizantes, o pastillas para poder conciliar el sueño en los últimos 15 días. Entre las mujeres, esta cifra asciende al 14,19 %, mientras que en los hombres se sitúa en el 7,35 %. Además, un 4,52 % ha consumido estimulantes o antidepresivos en este período, con un 6,33 % en mujeres y un 2,6 % en hombres.

Respecto a la búsqueda de ayuda profesional, un 4,77 % de los adultos mayores de 15 años ha consultado a psicoterapeutas, psicólogos o psiquiatras en los últimos 365 días. Las mujeres representan un 5,49 % de esta cifra, en comparación con el 4 % de los hombres. Las actuaciones de los celadores en el servicio de salud mental son vitales en las experiencias de los pacientes, pues además de las funciones logísticas que desempeñan estos profesionales, ofrecen un apoyo emocional que es esencial en los entornos fríos de estas unidades. Estos profesionales son capaces de fomentar compasión y calidez en entornos fríos. Los celadores desempeñan un papel fundamental en la construcción de un servicio de salud mental más humano y compresivo. La labor de los celadores es enriquecer la vida de los pacientes quienes enfrentan desafíos mentales y contribuir a la creación de un entorno de curación más empático y holístico.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el celador en servicios de salud mental, son una pieza clave para su correcto funcionamiento. Llevan a cabo funciones logísticas, ofrecen un apoyo emocional que es esencial en los entornos fríos de estas unidades. Los celadores desempeñan un papel fundamental en la construcción de un servicio de salud mental más humano y compresivo. 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. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. (s/f). Gob.es., de https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236_estrategia_de_salud_mental_del_Sistema_Nacional_de_Salud_2022-2026.pdf
2. Instituto Nacional de Salud Mental. (2021). Papel del personal no clínico en la atención de salud mental. Obtenido de <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/mental-health-workforce-non-clinical-staff/index.shtml>
3. Smith, A. y Johnson, B. (2020). El papel vital de los enfermeros en los entornos de atención de salud mental. *Revista de trabajadores de apoyo a la atención médica*, 4(2), 100-115.

Capítulo 486

EL CELADOR EN URGENCIAS HOSPITALARIAS. SUS FUNCIONES

INMACULADA SEVILLA SERRANO

DOLORES ROMERO ROMÁN

RUBÉN QUESADA CASTRO

ANA ISABEL MUÑOZ TORRERO PEÑA

JOSÉ CARLOS GARCÍA DEL CASTILLO SERRANO

1 Introducción

En el presente trabajo vamos a hablar de las funciones del celador que son según se establecen en el Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, Orden de 5 de julio de 1971.

Aunque con un común denominador, las funciones del celador difieren dependiendo de donde presten servicio. En urgencias, el celador debe saber cómo actuar en función de la gravedad del enfermo que acude a estas.

Los celadores realizarán sus funciones en el servicio de urgencias, atendiendo a las urgencias:

- Extrahospitalarias, pacientes que acuden a este servicio desde fuera del centro.
- Intrahospitalarias, traslado de los pacientes dentro del centro.

En una unidad de urgencias hay distintas secciones. Esto va a depender en parte del tamaño de la población donde se ubique el hospital. Lo que siempre vamos

a encontrar es un equipo multidisciplinar formado desde auxiliares administrativos, celadores, TCAE, enfermeros y médicos.

El primer contacto del paciente a su llegada es con el celador, que lo conducirá a dar sus datos en la unidad de admisión para posteriormente dirigirlo hasta el triaje para valorar su estado y derivarlo al especialista en cuestión.

A continuación y una vez lo hayan explorado, será el responsable de llevarlo a las distintas pruebas a las que sea sometido.

2 Objetivos

-Enumerar las diferentes funciones del celador en el Servicio de Urgencias ya sea en el hospital como en el centro de salud para conocer el trabajo que realizan los celadores.

-Describir las formas de acceso, estructura y características del servicio de urgencias.

3 Metodología

Para la elaboración de dicho capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una búsqueda bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se han consultado distintos temarios de celador como son los de las editoriales: CEP, MAD... así como páginas web relacionadas con el celador en el servicio de urgencias hospitalarias. También se ha revisado la legislación vigente al respecto, como la Orden Ministerial 5 julio de 1971, que en su 14.2 recoge las funciones del celador en todos sus ámbitos.

4 Resultados

Las urgencias están situadas en una de las puertas de acceso al hospital. Allí encontramos en primer lugar a los celadores, el servicio de admisión formado por auxiliares administrativos, que será donde den los datos los pacientes que acuden, y a continuación una sala de triaje donde se valorará al paciente para conducirlo posteriormente al especialista que corresponda, en este caso pasa a unos boxes hasta ser explorado.

Entre las funciones a destacar por el celador destinado en el servicio de urgencias encontramos principalmente:

- Recibir al paciente que acude al servicio, bien en silla de ruedas o camilla si este lo precisa.
- Permitir el paso de un acompañante responsable de dar los datos del paciente en admisión y contar brevemente la sintomatología de este en el triaje si este no pudiera por su estado
- Indicará al acompañante donde está la sala de espera, a no ser que el médico decida que puede permanecer con el paciente. Esto sucede en menores o personas de edad avanzada o dependiendo de su situación clínica.
- Trasladará al enfermo hasta la zona indicada por el médico según la especialidad.
- Será responsable de llevar al paciente a realizar las pruebas (radiografías, TAC...) para lo cual empleará bien silla de ruedas o camilla, en función del estado del paciente.
- Colaborará en la movilización del paciente, tanto para su aseo como para el traspaso de cama. En el caso que el paciente venga en ambulancia, ayudara a pasarlo a la camilla de exploración.
- Si el paciente una vez diagnosticado es ingresado, el celador lo conducirá hasta la planta asignada; y si es dado de alta, lo conducirá hasta el medio de transporte

El celador nunca debe dar información asistencial. Dirigiendo siempre cualquier consulta hacia el facultativo que trata al paciente. Sí podrá informar de los servicios del centro como son : cafetería, aseos, salas de espera...etc.

El celador deberá estar en coordinación con todo el equipo que compone el servicio de urgencias. Por lo que es importante que tenga capacidad de trabajo en equipo.

Las funciones del celador difieren según en el servicio que se lleven a cabo sus funciones.

A pesar de tener características comunes, las situaciones a las que se enfrenta un celador en urgencias son distintas a las que tiene que afrontar un celador en planta hospitalaria. Un paciente que acude a urgencias no sabemos la enfermedad que tiene, sin embargo, el paciente ingresado en planta ya está diagnosticado, esto es importante porque sabremos como actuar. En el caso de urgencias, el paciente puede tener cualquier infección a la que no sabemos que nos estamos enfrentando, como recientemente ha ocurrido con el COVI. Una vez que se sabe su patología si es ingresado, el celador de planta tiene todos los protocolos de como actuar, no que en el caso de las urgencias no sabemos que es lo que tiene. Tenemos que distinguir entre urgencia y emergencia a la hora de atender a las personas que acuden al servicio de urgencias. Se entiende emergencia como una situación crítica con un riesgo vital para el paciente y que requiere una atención inmediata y urgencia como una situación que tiene riesgo para el paciente cuya

atención no se debe demorar más de 24-48 horas.

5 Discusión-Conclusión

La figura del celador en urgencias, junto al resto del equipo, es de gran importancia. Debido al tipo de paciente que acude, depende de la pronta actuación de estos en caso de riesgo vital.

La primera persona que recibe al enfermo que acude al servicio de urgencias es el celador, de aquí la importancia de la buena imagen e ir perfectamente uniformado, la empatía, ya que los pacientes que acuden a este servicio es porque no se encuentran nada bien, y es importante que alguien se ponga en su lugar.

Podemos encontrar todo tipo de pacientes, incluso pacientes agresivos, muchas veces porque son pacientes psiquiátricos y otras veces por el nerviosismo en la espera, ante los cuales debe saber mantener la calma, agilizando su proceso de valoración por el médico. Y llamando al servicio de seguridad en caso de ser necesario.

En el servicio de urgencias el celador debe saber escuchar. Son muchos pacientes los que acuden y en ocasiones demandan una atención especial. El celador ayudará a todo el personal del servicio de urgencias hospitalarias, dentro de sus funciones.

Tendrán cuidado de que los familiares y visitantes no estén en los pasillos y dependencias del servicio de urgencias, acompañándolos hasta el lugar si fuese necesario o bien indicándoles donde está la sala de espera. Tratarán que haya el mayor orden y silencio posible en las salas de espera y espacios comunes.

Deben avisar siempre a los familiares de los pacientes que están en la sala de espera cuando se lleve a cabo un traslado del paciente.

Nunca comentarán sobre los diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando a los pacientes, dirigiendo las consultas al médico encargado de la asistencia del enfermo.

Para finalizar, nunca debe abandonar la puerta de urgencias y dejar está desatendida, deben tener sillas para el traslado de pacientes que vengan y lo precisen, así como tener control de las balas de oxígeno y que estas estén siempre llenas.

6 Bibliografía

1- Funciones del Celador en las distintas áreas o Servicios - Celadores.org

Auxiliar-enfermeria.com - Sitio web.

2-BOE.es - BOE-A-2003-23101 Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud

Boe.es - Sitio web.

3-Sin título

Gob.es - Sitio web.

4-Tema 27. Actuación del Celador en el Servicio de Urgencias

Online C, Perfil VT

Blogspot.com - Sitio web.

Capítulo 487

ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA: CONOCIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS Y MANEJO DEL DEFIBRILADOR SEMIAUTOMÁTICO

INMACULADA CONCEPCION BASTANTE ACEÑA

BEATRIZ CHICO ARCHE

LUIS FERNANDO BLANCO DOMINGUEZ

1 Introducción

Uno de los principales problemas de salud en las sociedades occidentales para la población en general es la enfermedad cardiovascular. Se considera que la mayor parte de las muertes causadas por las enfermedades coronarias se podrían evitar con una actuación temprana, pues se ha demostrado que este procedimiento aumenta la supervivencia. Pero para evitar estas enfermedades y, por tanto, estas muertes, lo principal son las medidas de prevención que deberían conocer todos los ciudadanos.

Según la Sociedad Española de Cardiología, se calcula que cada 20 segundos en España se produce una parada cardíaca. Esto supone que la mortalidad por esta causa es cuatro veces más que la causada por accidente de tráfico.

El Ministerio de Sanidad publica en su página web que cada año se producen en España fuera del hospital es unas 30.000 paradas cardiorrespiratorias y dentro de estos 22.000 aproximadamente.

La supervivencia global en caso de parada cardiorrespiratoria es el 5% aproximadamente, pudiendo llegar incluso al 40% si se cuenta con un entorno con buen sistema de respuesta. La intervención en los primeros 3 o 4 minutos después de una parada cardiorrespiratoria es esencial para aumentar las posibilidades de sobrevivir. Por ello, es muy importante que los ciudadanos sepan cómo intervenir ante estos episodios, pues solo 1 de cada 5 personas que lo sufre fuera de hospitales recibe la reanimación por parte de los testigos.

2 Objetivos

- Aprender a identificar una parada cardiorrespiratoria y la forma de proceder hasta la llegada de ayuda.
- Conocer las principales características del desfibrilador semiautomático (DESA) y su manejo para poder actuar en caso de emergencia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

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

Las palabras clave para la búsqueda han sido “desfibrilador” y “parada cardiorrespiratoria”.

4 Resultados

Aproximadamente el 85% de las paradas cardíacas que se producen fuera del medio hospitalario es por causa de una arritmia maligna, llamada fibrilación ventricular, que produce una actividad caótica en el corazón. Este no es capaz de impulsar la sangre, pero sí tiene actividad eléctrica. La única manera científica para tratar la fibrilación ventricular es la desfibrilación, que es la aplicación de una corriente eléctrica con alto voltaje. Esta corriente hace que el corazón se pare durante unos segundos y vuelva a funcionar y así las fibras del miocardio

que se encargan de su funcionamiento, retomen el ritmo sinusal si no están muy dañadas.

El daño que se produce en estas fibras depende del tiempo que se tarde en realizar la RCP y la desfibrilación. La supervivencia disminuye entre un 7 y un 10% cada minuto que pasa desde el colapso cardiovascular hasta la desfibrilación, si además se aplica la RCP hasta la descarga, se va reduciendo solo entre un 3 y un 4%. Es por esto que si los testigos realizan la RCP inmediatamente y la desfibrilación se realiza entre 5 y 10 minutos desde que se produce la parada, un adulto puede superar la muerte súbita sin excesivos daños cerebrales.

El desfibrilador es un aparato electrónico computarizado, que analiza el ritmo cardíaco y aplica una descarga eléctrica de gran voltaje cuando es necesario. Funciona con baterías que tienen larga duración y permiten realizar hasta 300 descargas. Se puede usar en adultos y niños mayores de un año. Para niños desde un año hasta los 8 años, se debe utilizar un adaptador que atenúa la descarga.

Este dispositivo proporciona al reanimador, mediante sonido (voz), las indicaciones para su correcto uso y si tiene que proceder a realizar la descarga o no es necesario.

Hoy en día, podemos encontrar desfibriladores automáticos (DESA) en lugares donde se concentra mucha gente o personas con riesgo de sufrir arritmias mortales, por ejemplo centros comerciales, centros de salud, residencias, etc.

Cuando un celador presencia un desvanecimiento de una persona y tiene que actuar como primer interviniente, después de asegurarse que el lugar es seguro, lo principal es iniciar la cadena de supervivencia. Esto quiere decir que hay unos pasos establecidos que se deben seguir por orden y lo más rápido posible hasta que se reciba la ayuda de los profesionales. La cadena de supervivencia se compone de los siguientes eslabones:

1º Alertar.

2º RCP básica.

3º Desfibrilación precoz.

4º Soporte vital avanzado precoz.

Después de alertar para pedir ayuda, se comprobará si la víctima respira. Si no es así o no lo hace normalmente, se iniciarán las compresiones. Este paso es el más importante y se harán como mínimo 100 por minuto y 5cm de profundidad. Es importante no interrumpir las compresiones y solo se dejarán de hacer cuando la víctima despierte, para colocar el DESA o llegue el soporte vital avanzado. Solo si se tiene conocimiento de la ventilación se le realizará con una relación de 30:2. Si no es así, se continuará solo con las compresiones torácicas.

Si el celador es el único reanimador en la escena y el DESA está cerca y accesible,

irá a por el aparato y volverá inmediatamente con la víctima. Si hubiera más de un reanimador, uno continuaría con las compresiones y el otro iría a por el DESA. Los pasos a seguir para la desfibrilación serán:

1º Encender el aparato.

2º Seguir las instrucciones y colocar los electrodos al desfibrilador.

3º Colocar los electrodos del DESA sobre el pecho del paciente como indican las ilustraciones del aparato.

4º El DESA realizará el análisis del ritmo cardíaco, en este momento no se debe tocar a la víctima. A continuación nos advertirá si está indicada la descarga y si es así, el reanimador presionará el botón para realizarla, asegurándose que nadie esté tocando a la víctima.

5º Reiniciar inmediatamente las compresiones.

5 Discusión-Conclusión

El DESA es un dispositivo electrónico de gran precisión que garantiza que se utilice correctamente y es fundamental para el tratamiento de la parada cardíaca. Resulta fundamental el conocimiento por parte del celador, así como los demás profesionales no sanitarios del medio hospitalario, reconocer la parada cardiorrespiratoria y conocer la reanimación cardiopulmonar, pues la mayor parte de las veces son los primeros intervinientes ante estas emergencias.

El celador, aunque realice su trabajo en hospitales y centros de salud donde lógicamente hay profesionales formados, es importante que sepa cómo actuar ante esta emergencia. La razón es que en algunas ocasiones los profesionales médicos pueden tardar en llegar hasta el lugar en que se encuentra la víctima más de 3 o 4 minutos, que son esenciales para aumentar la posibilidad de supervivencia. Puede servir como ejemplo un celador de un hospital de grandes dimensiones que sufre una parada cardiorrespiratoria en la zona de lavandería, y esta queda alejada de la zona de consultas y hospitalización donde se encuentran los profesionales médicos. Los testigos y/o primeros intervinientes serían los propios compañeros que, de saber actuar, podrían salvarle la vida.

6 Bibliografía

1. Intervención del celador ante una parada cardiorrespiratoria y manejo de un desfibrilador externo automático [https:// Campus Virtual \(campusformacion.net\) Orion formación](https://CampusVirtual(campusformacion.net)Orionformacion).

2. Paradas cardíacas en España [Internet][citado 24 ago. 23] Disponible en: <https://secardiologia.es/comunicacion/notas-de-prensa-sec/3985>
3. Desfibrilación semiautomática en España (sanidad.gob.es) [Internet][citado 24 ago. 23] Disponible en <https://www.sanidad.gob.es/organización/sns/plancalidadesns/docs>.

Capítulo 488

LA ACTUACIÓN DEL CELADOR DENTRO DEL SERVICIO DE URGENCIAS

BEATRIZ CHICO ARCHE

INMACULADA CONCEPCION BASTANTE ACEÑA

LUIS FERNANDO BLANCO DOMINGUEZ

1 Introducción

El celador es un profesional no sanitario que desarrolla sus funciones dentro del ámbito de las Instituciones sanitarias, estas pueden ser diversas, sanatorios, hospitales, centros de salud, residencias, etc.

Sus funciones vienen recogidas dentro del Estatuto Marco vigente actualmente para el sistema nacional de salud español con las consiguientes particularidades no solo de su estatuto (puesto que tiene hasta 22 funciones específicas y una no específica, en total 23 funciones) sino también según la comunidad que adapta su figura a las necesidades que se crean dentro de cada región (celador, celador-conductor, etc.).

En este capítulo vamos a introducir y tratar en concreto la actuación del celador dentro del ámbito hospitalario, en el servicio de urgencias y dentro de este que se divide a su vez en urgencias generales (para mayores de catorce años) y urgencias pediátricas (para menos de catorce años).

Dentro de las urgencias generales de los grandes hospitales tenemos a su vez diferentes subsecciones para conseguir una mayor calidad y dinámico en la atención al paciente, tras triarlos, podemos encontrar que pueden ir a boxes (abarca

medicina general, ejemplo: endocrino, digestivo, medicina interna...), ser una situación vital por lo que irá directamente a box de Rea, o bien al pasillo de hospitales que suele abarcar ginecología, trauma, psiquiatría y otorrinolaringología. Es este sitio, el área de especialidades, y la actuación de celador dentro de estas zonas la que específicamente vamos a tratar en este capítulo.

2 Objetivos

- Acercarnos a la figura del celador y comprender mejor su trabajo, sobre todo en sitios tan concretos como es la zona de especialidades de urgencias generales.

3 Metodología

Para realizar este capítulo hemos acudido a varias fuentes.

1. La experiencia de los compañeros del servicio de urgencias generales preguntándoles sobre su labor en la zona concreta de especialidades.
2. Artículos de fácil acceso de Google, utilizando las siguientes palabras claves: estatuto marco, institución sanitaria, urgencias, especialidades, paciente, funciones, equipo de enfermería, trasladar, jefe de personal subalterno, exitus, fracturas, coordinación, prevención de riesgos laborales. Estos artículos están reflejados en Bibliografía para todos aquellos que quieran saber cuáles han sido las páginas de Google que se han visitado.
3. Recopilación de información sobre todo respecto a las funciones provenientes de libros de oposición específicos de la categoría de celador proveniente de editoriales especializadas con ediciones recientes como se puede leer en la Bibliografía.

4 Resultados

- Los pacientes acceder al servicio de urgencias generales tomando como primer profesional de referencia al celador de puerta.
- Los celadores de urgencias tanto generales como pediátricos trabajan en el servicio con turnos y en cada uno de ellos se indica en qué zona estarán. A veces sucede que el celador de puerta puede ser el mismo de especialidades.
- El celador ubicado en la zona de especialidades debe de tener contacto estrecho con sus compañeros debido a que su zona llena varias subsecciones.
- Encontramos que por lo general según el tamaño y disposición del hospital

la zona de especialidades lleva los siguientes servicios: traumatología, otorrinolaringología, ginecología y psiquiatría.

-Cada una de las subsecciones tiene su propio box y zona de espera, solo comparten el pasillo de tránsito.

Este pasillo conecta directamente con la zona de boxes y otras áreas ej-aseo, servicio de rayos, Rea, etc.

-Aunque la zona de especialidades tenga su propio personal tanto sanitario como no sanitario, estos pacientes son vistos por su patología por el especialista que les corresponda. Por lo tanto, además del personal propio de urgencias, el celador del pasillo de especialidades también debe de atender las órdenes que le dé el especialista de cada una de las subsecciones.

-El celador de especialidades por el propio personal del servicio de urgencias, tienen encomendadas las siguientes funciones:

1. Recibir al paciente, acompañarle y cerciorarse de que todo está correcto al dejarle. Después informará al equipo de enfermería que el paciente ya está esperando a ser atendido.

2. Ayudar a trasladarle ya sea a las diferentes pruebas que se le hagan o incluso al aseo. Cuidará si tuviera vía, drenajes, etc. de su perfecta integridad. Consultará al respecto al equipo de enfermería y solicitará su ayuda si fuese necesario para la integridad de la prueba.

3. Ayudar a cambio de pañales y aseo en general, si así se le requiriera. Este aseo se hará en un lugar conveniente, amplio y oculto de miradas indiscretas.

4. Custodia del paciente junto con un guarda de seguridad, si así se le requiriese, como puede suceder con los pacientes a cargo del servicio de Psiquiatría. Puesto que es el celador uno de los profesionales encargados del orden y silencio dentro de Urgencias.

5. Si el paciente ingresase, será el celador de especialidad junto con el encargado de los ingresos, el encargado de coordinarse para que se produzca en el menor tiempo posible y con las mayores garantías.

6. El celador de pasillo debe de guardar la pertinente discreción y por ley no desvelar ningún dato a terceros sobre diagnóstico, historial clínico, etc.

-Respecto a la especialidad de psiquiatría y si el paciente necesitase estar contenido, el celador al que le corresponde el pasillo de especialidades ayudará a la contención en cama o camilla, según proceda.

La contención de un paciente no es asunto baladí y siempre hará cuando sea necesario y por orden médica.

5 Discusión-Conclusión

Queda justificada la presencia del celador en el pasillo de especialidades como vemos por los resultados para la buena marcha del servicio de urgencias generales. Y debido a la particularidad de este área, pensamos y aconsejamos desde este capítulo en incidir en la formación del celador, esta formación puede venir tanto por la asistencia presencial, on line o mixta de cursos, ponencias, charlas, reuniones, jornadas, etc. Además sería conveniente tener en cuenta su opinión a la hora de organización y posibles mejoras del servicio, puesto que el celador tiene contacto prolongado e importante con el paciente y/o sus familiares y es una profesional que con su experiencia puede aportar mucho a la calidad asistencial de la institución sanitaria.

6 Bibliografía

- 1.- Libros de oposición de Castilla La Mancha de las editorial Mad y CEF de Castilla La Mancha, año de edición 2022.
- 2.- www.formacuare.es
- 3.- www.murciasalud.es

Capítulo 489

EL ROL CRUCIAL DEL CELADOR EN EL SERVICIO MÉDICO DE URGENCIAS

JORGE FRANCISCO MARTÍN MAZA

CARLOS JESUS CARMONA HIDALGO

PABLO MARTÍN ESCABIAS

1 Introducción

Dentro de la intrincada y crucial maquinaria que constituye la atención médica hospitalaria, el rol ejercido por el celador en el ámbito de urgencias emerge como un componente esencial para el funcionamiento fluido y la calidad de la asistencia proporcionada. A pesar de la aparente asociación con labores logísticas, su incumbencia trasciende la mera organización. El celador desempeña un conjunto de funciones capitales que tienen un impacto directo en la excelencia de la atención médica y en la vivencia del paciente durante episodios de urgencia médica. El dominio de las urgencias hospitalarias, caracterizado por su incesante actividad y el carácter perentorio de las situaciones, arroja luz sobre el rol cardinal del celador como un engranaje esencial que garantiza la coherencia y operación efectiva en este contexto crítico. Su labor no se reduce únicamente a la coordinación de traslados y aspectos logísticos; más bien, su función radica en erigirse como un nexo que conecta a los profesionales médicos, los pacientes y sus allegados en momentos de fragilidad y necesidad imperante.

En la medida en que la demanda por atención médica persiste en su crecimiento, la figura del celador en el ámbito de urgencias adquiere mayor relevancia. Sus obligaciones, que abarcan desde proporcionar apoyo emocional a pacientes y sus

acompañantes hasta ejecutar la coordinación expedita de traslados, pasando por la preservación de un entorno higiénico y seguro, concretan un papel de soporte tanto físico como emocional. En esencia, el celador desempeña una labor que abraza ambas esferas y ejerce un impacto directo en la globalidad de la vivencia del paciente.

El propósito de este artículo se centra en una exploración pormenorizada de las distintas vertientes que definen el rol del celador en el área de urgencias, sopeando sus tareas, la formación que requiere, su influencia en el espectro de atención médica y su contribución a la dinámica interna del recinto hospitalario. A través de esta disquisición, se ilustrará de manera nítida la relevancia del celador como un componente primordial en la cadena de atención médica, cuya labor, aunque en muchos casos silente, consolida y humaniza el proceso mismo de las urgencias hospitalarias.

2 Objetivos

- Realizar un análisis exhaustivo y detallado del amplio espectro de funciones que el celador desempeña en el contexto de las urgencias hospitalarias.
- Subrayar tanto el alcance como el valor inherente que esta figura aporta a la compleja maquinaria hospitalaria.

3 Metodología

Para la elaboración de este artículo se ha recabado información de manera exhaustiva y meticulosa de una serie de publicaciones y artículos. Estas valiosas fuentes de información han sido cuidadosamente seleccionadas de plataformas en línea de gran renombre, tales como Dialnet y Google Scholar. Cabe destacar que estas plataformas ostentan una gran reputación en círculos científicos y académicos. Por tanto, la elección de estas fuentes no ha sido producto del azar, sino que se ha cimentado en su reputación consolidada y en la profundidad de los contenidos que albergan.

4 Resultados

Los resultados de la exploración profunda y meticulosa del rol del celador en el ámbito de las urgencias hospitalarias destilan un conjunto de funciones que trascienden la superficie de lo aparente. La labor del celador, lejos de limitarse a

simples tareas logísticas, se erige como un pilar sólido que enriquece la calidad y eficacia de la atención médica en momentos de máxima necesidad.

Dentro del contexto de la atención médica en situaciones de urgencia, la bienvenida y recepción del paciente emerge como un epicentro de interés. Esto incluye tanto a aquellos que llegan a través de servicios de ambulancia como a los que se presentan por cuenta propia. En esta fase de vital importancia, se requiere proveer ayuda en la transferencia y desplazamiento del paciente hacia las instalaciones de urgencias, utilizando sillas de ruedas o camillas en función de las circunstancias individuales.

En situaciones que demandan pronta acción, es imperativo alertar al personal sanitario, asegurando una respuesta ágil y eficiente. Mantener una cantidad adecuada de camillas y sillas en la entrada del servicio se vuelve esencial, garantizando que los recursos estén disponibles para atender a los pacientes de manera oportuna.

Parte integral de esta dinámica es proporcionar información de carácter general, no relacionada con cuestiones médicas o administrativas, a los pacientes y sus acompañantes. En casos que lo ameriten, se les dirigirá al profesional correspondiente para una atención más específica.

La vigilancia activa en las entradas de Urgencias es una responsabilidad primordial, impidiendo el acceso de personas no autorizadas a las áreas designadas. Un aspecto clave es la limitación de un acompañante por paciente en cada box, contribuyendo a la organización y fluidez del espacio.

Los celadores desempeñarán sus turnos de guardia según lo establecido, asegurando una presencia constante para abordar cualquier necesidad que pueda surgir. En las habitaciones de los pacientes, su papel se extiende a supervisar la presencia de familiares y visitantes autorizados, resguardando la privacidad y el entorno del paciente.

Una función vital es asistir a las enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el movimiento y traslado de pacientes encamados que requieren un trato especial debido a sus condiciones médicas. En este sentido, contribuyen a hacer las camas y garantizar la comodidad de los pacientes.

La provisión de información de carácter general, pero no médica ni administrativa, es parte integrante de su rol, brindando orientación y apoyo a quienes lo requieran. Además, su colaboración se extiende al personal sanitario, ofreciendo

ayuda en las etapas iniciales del tratamiento en situaciones de emergencia.

En el ámbito logístico, los celadores asumen la responsabilidad de transportar documentos, correspondencia y objetos a su destino designado. También se encargan del traslado de muestras al laboratorio, garantizando la continuidad de los procesos médicos.

En lo referente a los pacientes, su labor abarca desde el traslado a diversas áreas, como quirófanos, radiología, unidades de cuidados intensivos (UCI), reanimación y distintas plantas de ingreso. Además, participan en cambios posturales y movilización del paciente según las indicaciones del personal médico.

Una prioridad constante es preservar la intimidad del paciente mientras se encuentra en el interior del box, respetando su dignidad y bienestar. El traslado a salas para la realización de pruebas diagnósticas forma parte de sus responsabilidades, brindando acompañamiento y asistencia según sea necesario.

Finalmente, durante la realización de pruebas o procedimientos que requieren inmovilización, los celadores ofrecen su apoyo, asegurando que el paciente esté cómodo y seguro en todo momento. En este entorno de cuidado y asistencia, su rol abarca un espectro amplio y esencial, contribuyendo a la operación eficiente y efectiva de los servicios de urgencias.

5 Discusión-Conclusión

Dentro del contexto operativo de una unidad de urgencias, que se distingue por su ritmo acelerado y la continua demanda de respuestas inmediatas, cobra relevancia la función desempeñada por el celador. Aunque sus responsabilidades puedan parecer secundarias en contraste con las del personal médico, constituyen un elemento sin el cual el conjunto integral de la atención al paciente no lograría operar con igual grado de eficacia y rendimiento.

En este contexto, el celador desempeña un papel de recepción y orientación primordial. Su capacidad para acoger a los pacientes y sus familias con empatía y proporcionar instrucciones claras y precisas es crucial para establecer un entorno de confianza y tranquilidad. Además, su destreza en la movilización de pacientes, la preparación y entrega de recursos médicos, y la colaboración con el personal clínico, contribuye a una coordinación efectiva que optimiza la atención brindada.

El celador también juega un rol determinante en el mantenimiento del orden

y la higiene en el área de urgencias. En un entorno donde la limpieza y la organización son fundamentales para prevenir infecciones y facilitar el acceso a recursos médicos, el celador se convierte en un custodio silente de estas consideraciones cruciales. Su labor meticulosa garantiza que el entorno permanezca propicio para la atención sanitaria eficaz.

Un aspecto a menudo subestimado es la función de comunicación y enlace que desempeña el celador. Actuando como el nexo entre el personal médico, los pacientes y sus familias, el celador transmite información relevante, actualiza sobre cambios en el estado de los pacientes y asegura que las decisiones y acciones se implementen de manera fluida y consistente en toda la unidad.

En última instancia, las contribuciones del celador en el área de urgencias trascienden la mera realización de tareas asignadas. Su labor incide en la experiencia general del paciente y su bienestar emocional, además de ser una piedra angular en el funcionamiento sistémico de la unidad de urgencias. Su presencia y esfuerzos discretos, pero esenciales, aseguran que el ciclo de atención médica en momentos críticos sea completo y efectivo. En este sentido, el celador personifica el compromiso colectivo de todo el personal de salud en brindar atención holística y cuidado integral a aquellos que buscan auxilio en sus momentos de mayor vulnerabilidad.

6 Bibliografía

1. Abdel lah García, S. et al., (2022). Funciones del celador en el servicio de urgencias. Ocronos.
2. Fernández Menéndez, M. (2021). El papel del celador en el servicio de urgencias hospitalarias. Ocronos.
3. Martínez López, J. (2011). El celador en el área de urgencias. Málaga: Vértice.
4. BOE Núm.301, (17/12/2003). Ley 55/2003, de 16 de diciembre, Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud.

Capítulo 490

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

JOSÉ CARLOS GARCÍA DEL CASTILLO SERRANO

INMACULADA SEVILLA SERRANO

ANA ISABEL MUÑOZ TORRERO PEÑA

RUBÉN QUESADA CASTRO

DOLORES ROMERO ROMÁN

1 Introducción

La unidad de cuidados intensivos (UCI) es un servicio hospitalario que necesita de muchas manos para poder salir adelante, en este servicio los celadores también son una clave fundamental ya que los enfermos que están en cama generalmente, necesitan ser atendidos en cuestión de movilidad.

Es precisamente por este motivo que los celadores han de estar preparados y formados para desarrollar esta función. Por ello, ser efectivos o ágiles en este servicio favorecerá la eficiencia tanto en movilidad como en apoyo para el resto de personal que atiendan al enfermo.

Para algunos expertos, el celador en la UCI ejerce un refuerzo tanto en la unidad de cuidados intensivos como en el resto de servicios, ya que, en muchas ocasiones será el encargado de trasladar los pacientes desde la UCI hasta su habitación en hospitalización.

En términos generales, el celador en la Unidad de Cuidados Intensivos, ha de estar preparado para enfrentarse a situaciones de todo tipo, por lo tanto, ha de estar bien formado y especializado en este servicio. El celador además tiene que ser consciente de que su entorno de trabajo es delicado, allí los pacientes están en una situación con dolencias graves y/o enfermedades complicadas que no pueden ser tratadas en una cama hospitalaria.

Realmente, es un lugar de difícil acceso y una zona de alta atención, del que los pacientes necesitarán en todo momento ser escuchados y atendidos , independientemente del momento del día.

2 Objetivos

- Indicar cuáles son las funciones que debe realizar el celador de Unidad de cuidados intensivos en este servicio del hospital.
- Exponer la importancia que tiene el celador en una área como es la Unidad de cuidados intensivos en este servicio del hospital.
- Destacar el papel fundamental que el celador de Unidad de cuidados intensivos un trabajo que se hace necesario y esencial en el 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

Una vez que llega el paciente a una UCI será atendido para controlar en todo momento sus signos vitales. Es aquí cuando el celador deberá dar apoyo o tranquilidad tanto a los familiares como al paciente, mantener la calma y empatizar con los afectados ayudará desde el primer momento en la mejoría. El celador deberá ser eficaz en todo momento, su colaboración en este servicio debe ser principalmente resolutivo. Esto se debe a que al estar en un lugar tan complejo cualquier ayuda ha de ser proactiva.

Pero donde realmente tiene importancia el papel del celador en la UCI es sin duda en la movilización y el traslado del paciente, es en esos momentos, donde el celador tendrá que tomar la iniciativa en colaboración siempre con el resto del personal, aquí el factor físico es importante, ya que algunos movimientos del paciente pueden ser muy complejos y han de hacerse evitando en todo momento dañar al paciente.

Una función esencial del celador lo tendrá que realizar para la movilidad, en el que el celador será requerido para realizar algún tipo de movimiento corporal, por ejemplo el aseo, generalmente los pacientes estando en la UCI tienen una movilidad muy reducida, por lo que movilizar al paciente para que reciba su atención requerirá de mantener con fuerza el cuerpo del paciente.

Otro servicio fundamental en este servicio es el traslado de los pacientes desde ubicarlos en los diferentes boxes o pruebas especiales hasta tener que llevarlos a su habitación para el reposo.

También los celadores son encargados de la entrada de los familiares al servicio de UCI, acompañarlos para verse con su familiar y también de cuando finaliza la visita. También los encargados de que los familiares hagan uso del material de seguridad como son las calzas o las batas.

Habitualmente es común encontrarse a pacientes que están inconscientes, por lo que el celador deberá realizar muchos de sus servicios en silencio.

Por su singularidad, en este servicio es fundamental saber y conocer al detalle cuales son las posiciones sanitarias, todo celador que desempeñe un trabajo en UCI debe conocer las posiciones de los pacientes en la cama, como son : decúbito supino, lateral, etc.

Es obligatorio que los celadores al igual que resto del personal usen batas de un solo, y sean cambiadas cada vez que salgan o entren a movilizar u otra necesidad del cual sea requerido.

La actuación de un celador en la UCI es también fundamental junto con el resto de personal, por lo que deberá existir una buena coordinación entre las personas involucradas en favor del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La unidad de cuidados intensivos es un servicio muy específico en el que se ha de detallar y formar al celador que vaya a desempeñar su trabajo, es precisamente importante saber definir al detalle cómo y cuáles serán sus funciones. Es por ello que debemos también tener en cuenta que el celador en la UCI debe tener conocimientos muy específicos para tener una colaboración directa con

los compañeros y de esta formar elaborar un equipo eficaz. No se puede concebir un servicio hospitalario tan intenso como este en el que no existe un trabajo en equipo.

Un paciente que por sus necesidades termina acudiendo en la UCI, estará generalmente aislado de sus familiares, las personas que lo atienden en todo momento deberán generar un ambiente de seguridad y confianza. Será desde el primer momento fundamental la percepción que el paciente obtenga del entorno para favorecer su bienestar.

6 Bibliografía

1. Guía De Supervivencia en UCI. Carlos Blasco Solis.
2. A. Esteban; C. Martín. Manual de Cuidados Intensivos para Enfermería. Springer-verlag Ibérica 1994.
3. Ana Owen. Monitorización en Cuidados Intensivos. McGraw- Hill Interamericana de España. 1993.
4. El celador en la Uci. Juan Tomás Giménez Casos.
5. M. Urden; M.E. Lough, K.M. Stacy. Cuidados Intensivos de Enfermería. Harcourt Brace de España.

Capítulo 491

EL CELADOR EN EL AMORTAJAMIENTO Y EN EL TRASLADO AL MORTUORIO DEL PACIENTE FALLECIDO

MONICA MOHORTE GARCIA

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

JUAN FELIP GOLDERO

PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO

EUGENIA NAVARRO MARTÍNEZ

1 Introducción

El celador es esencial en el proceso de cubrir a los pacientes fallecidos y trabaja junto con las enfermeras u otras personas a cargo del mismo. También es el encargado del traslado del cuerpo al mortuorio.

El artículo 14.2 del Estatuto del Personal No Sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social incluye las funciones del celador. Las siguientes son algunas de estas tareas:

- Ayudarán a las enfermeras u otros miembros del personal a envolver los cadáveres de los pacientes fallecidos y colaborarán en el traslado de los cadáveres a la morgue.

Producido el fallecimiento el celador se abstendrá de informar de la defunción a los familiares del fallecido. El estatuto del personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social establece en su artículo 14.1 que es responsabilidad del jefe del personal subordinado.

Debido a la pérdida vivida y al estado emocional en el que se encuentran, los familiares requieren de atención especial por parte de celadores y personal médico. Se requiere un comportamiento respetuoso por parte del celador y del personal médico en todo momento, lo que permite a la familia decir lo que piensa y disminuir su ansiedad. Posteriormente, cuando se inicie el proceso de amortiguamiento del paciente, se le pedirá amablemente que abandone la habitación.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es describir las funciones de un celador en el amortiguamiento y traslado de los pacientes fallecidos al mortuario.

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

Para que sus parientes puedan cuidar al paciente fallecido, el sudario implica darle la mejor apariencia posible. Sin la aprobación previa del médico correspondiente no se puede realizar este procedimiento.

El celador debe utilizar el siguiente protocolo:

- En caso de ser necesario se utilizarán mamparas o cortinas con el fin de proteger la intimidad del fallecido.
- La cama se colocará en posición horizontal.
- La manipulación requiere el uso de guantes y otros equipos de protección.
- El paciente se colocará en decúbito supino, con los brazos extendidos a ambos lados del cuerpo, las palmas hacia abajo o las manos cruzadas sobre el abdomen. Con la ayuda de una almohada la cabeza y los hombros quedarán elevados.
- Se retirarán las sondas y drenajes.

- La retirada de efectos personales.
- Luego realizará su higiene utilizando agua y jabón.
- Su boca y sus ojos estarán cerrados.

Es imprescindible tratar al paciente fallecido con el máximo respeto y cuidado para evitar dejar rastros.

Cuando se complete el sudario, el paciente fallecido será reconocido mediante una etiqueta de identificación que se aplicará en la muñeca del paciente. A la familia se le permitirá ver el cuerpo después de la identificación si así lo desean. El difunto será colocado dentro del sudario después de que la familia se haya ido, envuelto en una sábana que lo envuelve por completo. El paciente será llevado al mortuario después de que se adjunte a la mortaja una etiqueta de identificación con su información.

Los dos celadores colocarán al difunto en el frigorífico una vez lleguen al tanatorio. En caso de que necesiten identificarlo, lo colocarán de manera que su cabeza quede al costado de la puerta de la cámara.

Se dejará la etiqueta de identificación del cadáver en la entrada de la sala del frigorífico donde se introdujo por primera vez.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores deberán conocer el protocolo de actuación para amortajar adecuadamente y trasladar el cadáver al tanatorio. El difunto será tratado con el máximo respeto durante la preparación y movilización del cadáver, y todos los involucrados tratarán a los familiares con empatía y comprensión de su situación. El celador del servicio donde ocurrió el fallecimiento será el encargado de trasladar el cuerpo a al mortuario, a quien se sumará otro celador. Ningún familiar del fallecido los acompañará jamás. Este traslado deberá realizarse con discreción y se realizará en camilla.

El celador debe revisar el pasillo para asegurarse de que ningún otro paciente o sus invitados tropiecen antes de salir de la habitación. Si hay alguien en el pasillo, se le pedirá amablemente que entre a sus habitaciones.

6 Bibliografía

- Tema 23. Actuación del celador con el paciente terminal y fallecido. <https://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-23.html>
- www.scielo.org

Capítulo 492

EL CELADOR Y SU FUNCION EN EL ÁMBITO QUIRÚRGICO

MONICA MOHORTE GARCIA

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

JUAN FELIP GOLDERO

PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO

EUGENIA NAVARRO MARTÍNEZ

1 Introducción

Todos los procedimientos quirúrgicos, tanto urgentes como planificados, se realizan en el quirófano del hospital. Una subespecialidad de la medicina conocida como cirugía emplea procedimientos manuales para tratar, prevenir o diagnosticar enfermedades, así como para remediar o mejorar cualquier posible efecto secundario.

Un quirófano es un espacio utilizado para realizar operaciones. Por lo general, está cerca de los servicios de emergencia, equipos de reanimación y UCI porque necesita poder comunicarse con ellos. Se trata de un servicio especial que se rige por una serie de normas estrictas en materia de circulación del tráfico y procedimientos de higiene.

Existen muchos tipos diferentes de intervenciones quirúrgicas con distintos grados de complejidad, pero todas ellas necesitan unas condiciones higiénicas y de esterilización específicas para poder llevarse a cabo de forma segura. Su punto

focal es el quirófano del quirófano. Uno de los requisitos que debe cumplir el quirófano es limitar las zonas o separar las que se consideran limpias de las que se consideran sucias. La asepsia en zonas consideradas restringidas o estériles debe mantenerse en todo momento de forma adecuada, lo que exige hacerlo. Aunque debe estar cerca de servicios como urgencias y unidad de cuidados intensivos (UCI), el quirófano debe estar aislado del flujo de pacientes hospitalarios. Lo mismo ocurre con otros servicios como esterilización, anatomía patológica, laboratorios, radiología, bancos de sangre, etc., donde se requiere disponer de un sistema de acceso rápido.

2 Objetivos

- Recordar la importancia de la función de un celador, haciendo especial énfasis en el trabajo en colaboración con el equipo del que forma parte.

3 Metodología

Para desarrollar aún más este capítulo, como parte de la investigación se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva de la literatura científica actualmente publicada.

Se han utilizado las bases de datos principales Pubmed, Medline y Scielo para seleccionar artículos científicos de publicaciones académicas revisadas por pares, además de una búsqueda exhaustiva de libros.

4 Resultados

Cerca del quirófano se sitúa un vestuario alternativo al que utiliza el resto del personal del hospital. Aunque existe una tendencia creciente en la sociedad moderna a utilizar materiales de un solo uso como el papel impermeable, que es un filtro eficaz por el que las bacterias no pueden pasar, para la ropa de quirófano se debe utilizar algodón y contar con una tela o malla resistente para confeccionarlo dificulta el paso de los gérmenes. El verde oliva, el azul verdoso y el verde de quirófano son los colores más utilizados en los hospitales.

Las funciones del celador del quirófano incluyen:

1. Además de ayudar con las tareas asignados a estos servicios por jefes, médicos y enfermeras, los celadores que trabajan en los quirófanos también ayudarán en las tareas que les encomienden.

2. Los celadores serán los encargados de trasladar a los pacientes desde la unidad en que se encuentren al quirófano, sala de reanimación, y viceversa, asegurándose de que vayan siempre acompañados de su historia clínica. La enfermera responsable de la unidad de origen entregará la historia clínica del paciente al celador y la enfermera responsable de quirófano la recibirá.
3. Auxiliar al personal médico, ayudarán a colocar al paciente en la mesa de operaciones.
4. Ayudar al anestesta a poner al paciente en la mejor posición posible para el procedimiento, primero para la anestesia.
5. Ayudarán a sostener o movilizar a los pacientes que lo requieran cuando el médico tratante, jefe de enfermería u otro cuidador lo solicite.
- 6 Moverán los muebles o herramientas necesarios para la intervención y los devolverán a su lugar una vez finalizado el trabajo.
7. En caso de que se requiera su intervención, el celador permanecerá en el anteoratorio durante toda la intervención quirúrgica.
- 8- Proporcionarán la documentación, análisis y pruebas que se realizaron durante la intervención al laboratorio, banco de sangre o servicio de anatomía patológica.
- 9- Mientras esté en el quirófano, el celador debe prestar mucha atención a la asepsia.
10. Los pacientes fallecidos que fallezcan durante la intervención serán trasladados a la morgue. Si es necesario amputar un miembro, el celador lo llevará a la morgue con la aprobación del cirujano.
- 11- La cabeza estará lateralizada para evitar que el vómito ahogue al paciente si está inconsciente, los brazos y codos estarán por encima del cuerpo y nunca deberán sobresalir de la cama, y tendremos mucho cuidado donde se colocan los drenajes y sondas y evitar su rotura.
- 12- Afeitar a los pacientes es una de las responsabilidades específicas del celador; hacen esto para pacientes masculinos cuya cirugía requiere afeitar el sitio quirúrgico.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del celador en conjunto con los demás miembros del equipo quirúrgico, suponiendo que sea realizado adecuadamente por cada uno de sus integrantes, es la mejor garantía para la atención del paciente. La seguridad y eficacia del trabajo en el quirófano dependen de la experiencia y del conocimiento del entorno. No todos los quirófanos e instalaciones médicas funcionan de la misma manera.

El estándar de atención, el éxito de una intervención y la satisfacción del paciente dependerán de la relación, el nivel de capacitación y la cooperación entre los miembros del equipo para el beneficio del paciente. Tanto las reglas del quirófano como el manual de protocolo del hospital brindan descripciones precisas de las responsabilidades y deberes de cada miembro del equipo quirúrgico. Las normas deben ser cumplidas estrictamente porque definen las pautas de ejercicio de cada empleado y la estructura jerárquica necesaria para el departamento para ejecutar las operaciones de manera segura y eficiente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 493

EL CELADOR Y SU ACTUACIÓN ANTE EL PACIENTE GERIÁTRICO

MONICA MOHORTE GARCIA

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

JUAN FELIP GOLDERO

PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO

EUGENIA NAVARRO MARTÍNEZ

1 Introducción

El celador en cualquier centro médico realiza una variedad de tareas, desde tareas administrativas hasta tener contacto directo con el paciente mientras es supervisado por personal médico como:

Ayude al personal médico acomodando a los pacientes, ayudándoles a desplazarse, informando de daños, realizando vigilancia, reubicando objetos y trámites, proporcionando servicios de guardia u operando un ascensor.

El celador ha demostrado ser crucial para brindar atención médica adecuada a pacientes mayores que requieren hospitalización, incluidos aquellos en hospitales, centros de salud u hogares de ancianos, movilización continua, alojamiento de pacientes o asistencia a los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, para realizar tareas diarias como limpiar a los pacientes, alimentar ellos, y atendiendo todas sus necesidades, o remitiendo sus dudas al personal adecuado.

El celador, a pesar de ser un empleado no sanitario, necesita aprender cosas nuevas y formarse constantemente. Sin embargo, debido a la categoría del guardia y a lo dispuesto en el Estatuto del Personal No Sanitario al Servicio de las Instituciones de Salud de 5 de julio de 1971, de la Ley del Seguro Social, casi no se brinda capacitación antes de que el empleado comience a trabajar.

El celador en el servicio de geriatría necesita dar unos cuidados especiales y una cierta empatía de tal manera que la estancia en el centro sea la más grata posible a los pacientes.

2 Objetivos

Comprender el papel y las responsabilidades principales del celador ante el paciente geriátrico es uno de los principales objetivos de este capítulo.

3 Metodología

Para elaborar el presente trabajo se llevó a cabo una investigación exhaustiva y una revisión bibliográfica sistemática del conjunto de la literatura científica publicada. Se buscaron artículos en PubMed, Medline, Scielo y Google que contenían palabras clave como "celador" y "paciente geriátrico".

4 Resultados

La función del celador es ayudar al personal médico a brindar servicios de apoyo, como ejercicios de rehabilitación para secuelas específicas que pueden ocurrir en personas mayores o con movilidad reducida, en lugar de diagnosticar o tratar la enfermedad.

Se requiere una variedad de habilidades, que incluyen del celador que sirve en estas unidades:

- Sea comprensivo y trate de ponerse en el lugar de la otra persona.
- Sea amable y paciente, cuide siempre su lenguaje, y aunque el paciente no pueda cooperar debido a su estado, hable siempre con respeto y un tono de voz agradable. De lo contrario, la tensión puede aumentar.
- Deben ser capaces de analizar la situación y comprender que lo que funciona para un tipo de personas puede no funcionar para otras porque cada persona es muy diferente y no todos los pacientes pueden ser tratados de la misma manera.

- No ser extremista e intentar dentro de la gravedad y dentro de nuestras funciones de celador explicar en todo momento nuestros procedimientos a la hora de moverlo y realizarlos de la mejor manera para que el paciente se sienta de la forma más cómoda posible.
- Tener la capacidad de observar el lenguaje no verbal y saber en todo momento una situación dolorosa y realizarla en la mayor brevedad posible.

El paciente geriátrico es una categoría especial de paciente que requiere una gama de cuidados físicos y psicológicos que pueden durar más que la de cualquier otro paciente, en cuyo caso el celador ayudara a que el trabajo a realizar sea de mayor calidad siendo más sensibles, porque frecuentemente el paciente cooperará o no en función de su estado psicológico, lo que acelerará su recuperación. Cada unidad hospitalaria se beneficiaría enormemente de una formación amplia y detallada sobre cómo cuidar a los pacientes geriátricos, así como otros temas relacionados con esta atención, incluso si este conocimiento también pudiera aplicarse a otros tipos de pacientes.

5 Discusión-Conclusión

El celador debe tener un conocimiento básico de las enfermedades comunes que afectan a los pacientes de edad avanzada, pero cuando realiza tareas de cuidador, debe centrarse más en enfermedades mentales como la demencia o la depresión. Estos últimos suelen ser el resultado de una hospitalización prolongada y de la incapacidad de adaptarse a sus necesidades y realizar un trabajo ordenado que puede ir acompañado de un carácter y una humanización que parecen elevar el nivel de atención a los pacientes de edad avanzada.

Con la formación adecuada, el ambiente de trabajo será más agradable, sereno o respetuoso, y la interacción entre el personal y los pacientes será más satisfactoria. Además, la atención que brindamos será de mayor calibre y puede ser apropiada para todo tipo de pacientes en las instalaciones donde trabaja.

6 Bibliografía

- www.scielo.org
- Pubmed

Capítulo 494

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS O VIGILANCIA INTENSIVA

RAQUEL GONZÁLEZ RUIZ

RAUL MARIN RAMIREZ

FELIX MARTIN-NIETO MORENO

NOHEMI GARCIA FUENTES

PLACIDO FERNÁNDEZ GÁMEZ

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos, más conocida por las siglas UCI, es un servicio especializado con vigilancia las 24 de aquellos pacientes que se encuentran en un estado crítico, en el que la gravedad de su cuadro clínico supone un peligro vital, es decir, existe un peligro de mortalidad, pero con la probabilidad de recuperarse, para ello se les monitoriza de manera continua las constantes vitales, para poder seguir el control exhaustivo que requieren este tipo de pacientes. Tendrá fácil acceso desde la sección de urgencias, así como a las zonas de quirófano.

La UCI, también es conocida como la unidad de Vigilancia Intensiva UVI, el cual se encuentra dentro del área hospitalaria, pero con unas características que lo hacen particular con respecto a otras estancias, ya que su distribución arquitect-

tónica suele ser circular, de manera que el puesto de enfermería se ubica en el centro, lo cual permite la visualización de todos los pacientes con las camas alrededor con el cabecero hacia la pared, o lineal, pero siempre con fácil visibilidad de las camas.

Cuenta con unos equipos tecnológicos avanzados para poder conocer e interpretar la situación clínica del paciente, y con un equipo muy profesional de trabajadores tanto sanitarios como no sanitarios, que siempre velarán por el trabajo bien hecho y una atención de calidad al paciente. El Celador destinado en UCI, deberá conocer el funcionamiento especial de ésta unidad y su normativa interna, y deberá saber de las características que presentan este tipo de pacientes a la hora de desarrollar su labor, para actuar con sumo cuidado.

2 Objetivos

Explicar el concepto de Unidad de Cuidados Intensivos, UCI o Unidad de Vigilancia Intensiva, UVI, así como las funciones del celador y la importancia de su profesionalidad.

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 en la UVI o UCI, 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

En esta unidad, lo normal es que se cuente con un/a enfermero/a por cada dos o tres pacientes y un técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) por cada tres a seis pacientes y un celador para colaborar en lo que necesiten, así como para asistir en los cambios de pañal, aseo, movilizaciones, etc. El celador deberá de ser consciente de la gravedad de éstos pacientes, que lo normal es que necesiten una ayuda de oxígeno, estando normalmente intubados, y una total dependencia para el aseo, la movilidad y para la alimentación.

Podemos definir las siguientes funciones a desarrollar por el celador en este tipo de servicios :

1. Colaborarán con el TCAE para la realización del aseo del paciente, el cambio de pañal, el cambio de sábanas y de pijama.
2. Trasladará al paciente a los diferentes servicios hospitalarios, para la realización de pruebas diagnósticas, acompañados de un médico y de personal de enfermería
3. Comprobará que las balas de oxígeno se encuentran llenas, reponiendo las que se gasten.
4. Realizarán los cambios posturales bajo las indicaciones del personal sanitario.
5. Realizarán las movilizaciones que precisen los pacientes, para ofrecerles un mayor confort, y para evitar la aparición de las úlceras por presión.
6. Sabrán hacer un correcto uso de la grúa, y así evitar la aparición de lesiones musculoesqueléticas.
7. Supervisar la puerta de entrada en la hora de las visitas de los familiares, proporcionándoles gorros, mascarillas y calzas, no permitiendo la entrada si no son las horas establecidas para ello.
8. Trasladar los pacientes a otras unidades hospitalarias, si necesitarán de una atención más especializada que en ese momento no se le pudiera dar.
9. Trasladar equipos y material desde la UCI para otros servicios en donde sean necesarios, o para suministrarlos a la UCI si hicieran falta.
10. Traslado de muestras al laboratorio, anatomía patológica, etc.
11. Conocer los protocolos de actuación en las distintas situaciones y ante los empeoramientos del paciente, o en caso de emergencia,
12. Conocer las normas de asepsia, debido a la debilidad inmunológica de los pacientes, y en los casos de aislamiento.
13. Cumplir con los requisitos funcionales, estructurales y organizativos de ésta unidad para ofrecer una asistencia segura y de calidad para el paciente.

5 Discusión-Conclusión

La UCI es una unidad que tiene como función tratar y observar la evolución de aquellos pacientes que se encuentran más graves de salud, a través de una asistencia integral y exhaustiva con los equipos más altamente evolucionados tecnológicamente hablando, y con un conjunto de profesionales que vigilan durante las 24 horas la evolución del cuadro clínico de éstos pacientes.

El celador se encuentra con pacientes dependientes totalmente para moverse, asearse, incluso para respirar, por lo que estarán conectados a respiradores, y sin

poder comer. Ante esta situación y dada la fragilidad inmunológica, el celador deberá de ser cuidadoso en cada movimiento que le haga, en cada cambio de postura, a la hora del aseo diario, debiendo de tener en cuenta de que no se desconecten los distintos aparatos, vías, sondas, etc.

6 Bibliografía

1. <https://www.opositor.com>.
2. www.celadoresonline.blogspot.com.
3. El celador en los Servicios hospitalarios y el celador en UCI Formación continuada Logoss.

Capítulo 495

EL CELADOR Y LA PRECAUCIÓN ANTE LOS DISTINTOS TIPOS DE AISLAMIENTOS EN EL ENTORNO SANITARIO

RAQUEL GONZÁLEZ RUIZ

RAUL MARIN RAMIREZ

FELIX MARTIN-NIETO MORENO

NOHEMI GARCIA FUENTES

PLACIDO FERNÁNDEZ GÁMEZ

1 Introducción

Sabemos que en el entorno sanitario, habrá pacientes diagnosticados con enfermedades infecciosas, o que puedan pegarse de unas personas a otras, o incluso de animales a personas a través de bacterias, virus, parásitos u hongos, siendo un ejemplo las siguientes: el tétanos, mononucleosis, fiebre tifoidea, herpes, hepatitis vírica, gripe, herpes zóster, tuberculosis, paludismo, rabia, septicemia, etc. Es por ello que estos pacientes se encontrarán aislados, gracias a la implantación de unas barreras físicas para evitar su transmisión.

Con el aislamiento, se pretende conseguir:

- Separar a los pacientes que ya están contagiados para que no propaguen la enfermedad a las personas que están sanas.
- Proteger a los pacientes que están inmunológicamente deprimidos, y ese contagio podría suponer un empeoramiento de su salud.

Cuando se aísla a un paciente, a veces suelen acarrear sentimientos encontrados, ya que podrán sentirse marginados, con baja autoestima, que son un foco de contagio para sus familiares y conocidos, que podría causarles daños, sensación de soledad, etc., ya que se encuentran solos en una habitación, las personas que acceden a ella tienen que ponerse batas, calzas, mascarillas y luego desecharlo todo una vez que salga de ella. Por este motivo, los facultativos explicarán las causas de por qué estas medidas, y que con unas técnicas de barrera efectivas y bien empleadas no tiene por qué contagiar a sus familiares.

El celador deberá de ponerse el EPI, como comentábamos, ya que tendrá un contacto estrecho con el paciente, encargándose de las movilizaciones, los traslados, ayudando al TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería) en el aseo, etc., de manera que cuando termine con ese paciente, se quitará todo para desecharlo colocándose todo nuevo para asistir a otro paciente.

2 Objetivos

Explicar los tipos de aislamientos hospitalarios que existen y las precauciones que debe de tener en cuenta el celador ante este tipo de pacientes.

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 los distintos tipos de aislamientos y las precauciones 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.

Se ha llevado a cabo una búsqueda en Google con palabras clave: celador, tipos de aislamientos, paciente aislado.

4 Resultados

El paciente aislado se encontrará siempre solo en la habitación, aunque a veces puede haber otra persona contagiada con el mismo microorganismo, la cual deberá de estar señalizada con un cartel en la puerta, indicando el tipo de aislamiento establecido. El celador que vaya a asistirlo, lo primero que deberá hacer será lavarse las manos, ponerse guantes desechables, mascarilla, gafas protectoras, bata y calzas, ya que debe de protegerse ante las salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales.

El celador debe de conocer los distintos tipos de aislamientos existentes y cada una de las precauciones que debe de tomar ante ellos:

1/ Aislamiento de contacto: el contagio se produce directamente por el contacto piel con piel, o indirectamente, por haber tocado un objeto que lo ha tocado una persona contagiada y después lo toca una persona sana. Un ejemplo es hepatitis A y B, mononucleosis, varicela, etc.

2/ Aislamiento por gotas: el contagio se produce cuando unas gotas de un tamaño superior a 5 micras por vía aérea, entran en contacto con los ojos o mucosas de otra sana por estar tosiendo, hablando o estornudando cerca, se entiende hasta un metro de distancia. Son los casos de la neumonía, meningitis, sarampión, rubeola, tuberculosis, etc.

3/ Aislamiento respiratorio: en este tipo de aislamiento las partículas menores de 5 micras se quedan suspendidas en el aire por largos periodos de tiempo, algunos ejemplos son: tuberculosis pulmonar, SARS-CoV-2 entre otras.

4/ Aislamiento entérico: es el indicado para prevenir la transmisión por contacto directo o indirecto con heces infectadas, por pacientes que tienen hepatitis A, una gastroenteritis bacteriana o vírica, cólera, etc.

5/ Aislamiento protector o inverso: se trata de proteger de posibles infecciones a pacientes inmunodeprimidos como pueden ser los grandes quemados, los trasplantados o los pacientes sometidos a tratamientos con quimioterapia, teniendo además las visitas restringidas.

6/ Aislamiento parenteral: indicado para prevenir la propagación de enfermedades transmisibles por sangre, fluidos corporales u objetos contaminados, como ocurre con enfermedades como la hepatitis B, hepatitis C, Sida o sífilis.

7/ Aislamiento estricto o de aerosoles: se utiliza cuando hay presencia de aerosoles en el aire con un alto rango de difusión, quedando estos en suspensión. Es el empleado en enfermedades como la difteria, viruela, neumonía, peste y rabia.

Las precauciones generales que el celador debe tener siempre en todos los tipos de aislamiento son el lavado de manos antes y después de estar con el paciente, añadiendo gel antiséptico, además de:

- Evitar el contacto de heridas y secreciones.
- Evitar utilizar agujas o material cortante, ya que estos materiales son de uso competente por TCAE y DUE (Diplomado Universitario de Enfermería).
- Vacunarse contra la hepatitis B.
- Trasladar las muestras al laboratorio en recipientes herméticos e irrompibles, que no tengan fugas ni derrames.
- Deben utilizarse como medida preventiva, bata, mascarilla y guantes. Al salir del aislamiento lo primero en quitar serán los guantes.

5 Discusión-Conclusión

Durante todo este procedimiento de aislamiento el enfermo puede sentirse que es un peligro para sus familiares o las visitas, o para los propios trabajadores por el riesgo de contagio, por ello los médicos le tranquilizarán y les expondrán que con las técnicas de barreras no tiene por qué suceder ningún contagio mientras que dure su ingreso. Hemos visto los distintos tipos de aislamiento: entérico, parenteral, por contacto, por gotas, respiratorio, protector o estricto. El celador deberá de conocer el protocolo a la hora de asistir a este tipo de pacientes, lavándose las manos antes y después, poniéndose gel, así como bata, gorro, calzas y mascarilla. Una vez que salga de la habitación, lo primero que hará será quitarse los guantes, y después todo lo demás para desecharlo.

El celador es uno de los trabajadores que se mueve por todo el hospital y que está en contacto con todo tipo de pacientes, por lo que puede ser un buen conductor de infecciones contagiosas a otro personal, a los pacientes y por supuesto a sí mismo. De ahí la importancia de que él y todos los trabajadores adopten las medidas de precaución ante las personas contagiadas y aisladas.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/aislamiento-de-contacto-precaucionespatologiainfecciosa/#:::text=Resumen,con%20elementos%20de%20su%20ambient.>
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 496

EL CELADOR Y LAS LABORES DE VIGILANCIA EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS.

RAQUEL GONZÁLEZ RUIZ

RAUL MARIN RAMIREZ

FELIX MARTIN-NIETO MORENO

NOHEMI GARCIA FUENTES

PLACIDO FERNÁNDEZ GÁMEZ

1 Introducción

Las funciones del celador, un trabajador no sanitario, se contemplan gracias a la promulgación de la Orden ministerial del 5 de julio de 1971 Estatuto de Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social en su artículo 14.2, el cual destacan 23 funciones estando 9 directamente relacionadas con la vigilancia del centro sanitario o del hospital, así como de los enseres o mobiliario existente de la institución sanitaria o de los enseres de la misma. Ya el diccionario de la Real Academia de la lengua Española (RAE), contempla la figura del celador como aquella persona que tiene la potestad dada para ejercer la vigilancia.

Y es que la labor de vigilar el buen funcionamiento de las instituciones sanitarias, y que se respetan las normas de decoro, respeto a los enfermos y trabajadores, y cuidado de las instalaciones es una labor fundamental, tanto que la mayoría

de los hospitales ya cuentan con equipos de vigilancia de seguridad contratada a empresas privadas, pero por ejemplo en el caso de pequeñas poblaciones, o centros de atención primaria, esa labor la desarrolla el celador.

Se vigilarán la entrada y salida de pacientes, que se cumplan las normas de convivencia y respeto dentro del centro, que no se producen altercados entre los pacientes por quien es atendido primero, vigilar la puerta de urgencias y otras dependencias, comprobando que no hay demasiada gente en las salas de espera o en las habitaciones de las plantas, velando porque prime el silencio y el orden en todo momento.

2 Objetivos

Definir la importante función de vigilancia desarrollada por el celador en cada estancia del centro sanitario u hospital, y el beneficio tanto para pacientes como trabajadores.

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, por lo que respecta a la vigilancia de las instituciones sanitarias. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La vigilancia del celador es fundamental para mantener las instalaciones sanitarias y el mobiliario en condiciones adecuadas, así como así como la supervisión de los comportamientos de pacientes, familiares o visitas. Éstas funciones implican:

1. El celador que esté en puerta de urgencias, será la primera persona con la que tendrán contacto los pacientes o familiares, indicándoles donde se encuentran las distintas dependencias, sin dejarles que entren con comida o bebida.
2. Comprobarán cuando el paciente sea dado de alta, que llevan los informes y la autorización medica para salir.

3. Vigilará el acceso de los visitantes y su comportamiento, pidiendo que abandonen la habitación si hacen ruidos o molestan a los pacientes.
4. Comprobará que personal ajeno al centro, se mete en los despachos a coger documentación, a coger material de oficina, a hacer fotocopias, etc.
5. El celador tiene como misión la vigilancia nocturna interior y exterior del edificio, comprobando que se quedan las puertas cerradas, y luces apagadas que no sean necesarias.
6. El celador cuidará que no hayan personas deambulando por los pasillos más de lo necesario, o hablando fuerte por el teléfono.
7. El celador controlará el acceso de los trabajadores de reparto o mensajeros, comprobando su identificación.
8. Velará por que se cumpla la ley 28/2005 de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos dentro de la instalación sanitaria.
9. Prohibirá la entrada a personas que presenten suciedad, síntomas de alcoholismo y personas violentas, si no hicieran caso, se llamará al servicio de seguridad contratado externamente, y si finalmente hubiera que hacerlo, se llamaría a la Policía.
10. También realizará tareas de información sobre los días, ubicación y los horarios de las consultas externas, así como el punto de atención al paciente, los ascensores más próximos, baños, etc.
11. Prohibirán que las visitas o familiares se acuesten en las camas que no tengan pacientes.
12. Informar a sus superiores de cualquier desperfecto o anomalía que observen para ser subsanado lo antes posible.
13. Vigilará de que tanto pacientes o familiares hagan un uso indebido del mobiliario como cortinas, camas, mesitas, etc.

5 Discusión-Conclusión

Todas las funciones y actividades que realiza el celador, son importantes para el buen funcionamiento del centro sanitario u hospitalario, ya que son funciones encaminadas a ayudar y ofrecer confort al paciente, a colaborar con el resto de profesionales como médicos, TCAE, personal de enfermería, pero existe una labor que es primordial porque ello garantiza una asistencia sanitaria de calidad y segura, es la de vigilancia.

La vigilancia del celador implica: comprobar en los accesos a urgencias, al hospital o a consultas externas que no pasa nadie en estado de embriaguez o con

actitud violenta, que las visitas no saturan las habitaciones, provocando molestias a los pacientes, que no hay gente deambulando o haciendo ruido por los pasillos, que cuando al paciente se le da de alta lleve la autorización del médico, que no se fume en ninguna estancia, etc. Sin duda, el objetivo de esta función es cuidar del entorno hospitalario, de los enfermos, y de los propios trabajadores.

Capítulo 497

EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA ELABORACIÓN DE UN INFORME CLÍNICO

JOSE HERREROS MAGAN

SERGIO HERREROS ROSILLO

MARIA GEMA JIMENEZ HIDALGO

MONTSERRAT CHICOTE CICUENDEZ

MARIA JOSEFA MUÑOZ SERRANO

1 Introducción

El informe clínico es un documento redactado por un profesional que contiene información sobre la hospitalización del paciente, el cual tiene derecho de recibir al finalizar dicho proceso hospitalario, según lo determina la normativa que regula los informes clínicos en la Ley de 2005 de información sanitaria y autonomía del paciente, donde deben aparecer diferentes apartados como: datos personales del paciente donde permitan su identificación, motivo de ingreso o de consulta, antecedentes relevantes, exploración actual, pruebas y diagnósticos, diferentes observaciones, tratamiento previo al ingreso y tratamiento después del alta, recetas y cuidados a seguir por el paciente, seguimiento y evolución clínica detallada de forma cronológica y recomendaciones pautadas.

Cada vez que un paciente visita un centro hospitalario, sea para una consulta, para la realización de alguna prueba médica, para algún seguimiento pautado, o para un ingreso, se debe de realizar un informe clínico, el cual permite al profesional de la salud acceder a toda la información actualizada del paciente.

Por todo ello, la importancia que el auxiliar administrativo desempeña en la elaboración y realización de un buen informe clínico, para que este sea entendible, ya que es necesario e imprescindible para la buena comunicación e información que recibe el paciente y que se debe generar tras la hospitalización o consulta del mismo.

2 Objetivos

- Destacar la labor tan importante que realiza el auxiliar administrativo en un centro hospitalario para la adecuada elaboración de un informe clínico.
- Citar los apartados con los datos que tienen que aparecer en los informes clínicos, mencionados en el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos 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

El trabajo y las gestiones que se realizan en las Unidades Administrativas de hospitalización, son desconocidas para la mayoría del personal administrativo y sobre todo para el personal de nueva incorporación que ni siquiera ha trabajado en un hospital.

El personal administrativo en los centros hospitalarios trabaja en equipo con el personal sanitario, médicos, facultativos, personal de enfermería, celadores, y demás trabajadores, y tienen que tener una buena comunicación, colaboración y

coordinación con los diferentes servicios del hospital como ingresos, citaciones, laboratorio, quirófano, atención al paciente, recursos humanos.

El auxiliar administrativo en un centro hospitalario realiza un trabajo diario dependiendo del servicio donde trabaje, se encarga de hacer listados y comprobaciones de pacientes hospitalizados, de la recogida de documentación de pacientes, preparar las etiquetas de pacientes, justificantes de ingresos, partes de baja, reclamaciones, gestión de ingresos, gestión de quirófanos, gestión de informes clínicos, gestión de traslados, gestión de transporte sanitario, gestión de citas, y otros diferentes trámites.

Nos vamos a centrar en la elaboración e importancia de un informe clínico y para ello, vamos a mencionar, los diferentes apartados que deben aparecer en el mismo, que son los siguientes:

- Datos personales
- Fecha y datos del hospital
- Motivo de ingreso-consulta
- Antecedentes personales – familiares – quirúrgicos
- Tratamiento previo al ingreso
- Situación Basal
- Enfermedad Actual
- Exploración física – complementaria
- Interconsulta
- Evolución y comentarios
- Diagnóstico principal – secundario
- Tratamiento al alta
- Seguimiento

Después de la hospitalización del paciente, debe elaborarse un informe clínico que debe contener los apartados anteriormente mencionados, habitualmente lo realiza un facultativo y después tiene que pasar por un auxiliar administrativo para su elaboración, para una mejor comprensión del paciente, y de ahí la importancia de la realización de un buen informe clínico.

La función de un buen informe clínico es informar tanto al médico como al paciente del estado de salud del paciente, es muy importante que conste anotado el registro de la última consulta, diagnóstico y medicación pautaada, para que en las siguientes visitas médicas no se lleve a cabo ni error ni pérdida de tiempo de la consulta a la hora de la valoración del paciente, y para ello tiene que ser un informe claro, coherente y ordenado.

De todos los pacientes hospitalizados se debe realizar un informe clínico, ya sea por un alta, por una consulta externa, de urgencias, de atención primaria, de

laboratorio, de resultados, de pruebas de imagen o diagnósticas, por exitus (fallecimiento), por alta voluntaria, por traslado, a petición del trabajador social, o de una historia clínica resumida.

Los informes clínicos se elaboran en un Programa llamado Mambrino, utilizado en SESCAM (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha) y el número de copias dependerá del motivo por el cual se realiza el informe.

5 Discusión-Conclusión

En el informe clínico es muy importante que aparezcan todas las anotaciones y observaciones de los diferentes facultativos que atienden al paciente, así como su evolución para obtener una buena valoración clínica, porque de no ser así podría tener consecuencias negativas para el paciente debido a una mala gestión del facultativo y una mala elaboración de este por el auxiliar administrativo.

Para ello, este debe ser una herramienta indispensable de control en la evolución del paciente, y de ahí la importancia de su correcta elaboración, ya que aporta información basada en los datos del paciente, con sus antecedentes y su situación actual, para poder valorar un correcto diagnóstico y un adecuado tratamiento.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedicojuridica.com>.
2. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2010/09/03/1093>.
3. <https://www.unir.net>.
4. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
5. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 498

EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y LA FORMA ORGANIZATIVA DEL GÉNERO DE LA FARMACIA EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

JOSE HERREROS MAGAN

SERGIO HERREROS ROSILLO

MARIA GEMA JIMENEZ HIDALGO

MONTSERRAT CHICOTE CICUENDEZ

MARIA JOSEFA MUÑOZ SERRANO

1 Introducción

Se define a la farmacia hospitalaria como uno de los servicios de atención médica. La farmacia es la encargada del almacenamiento, elección, preparación, dispensación de medicamentos y productos sanitarios, en la cual una de sus principales funciones es la de asesoramiento a los profesionales de la salud y de los pacientes sobre el uso seguro, efectivo y eficiente.

Dentro del servicio de la farmacia de un centro hospitalario, un auxiliar administrativo que presta trabajo dentro de una farmacia, un auxiliar administrativo tiene como funciones la conservación de las facturas o de otros justificantes que reciben de los pedidos realizados a otros empresarios o profesionales. Para llevar

a cabo esta función, llevan unos libros de facturas emitidas y recibidas, el cual es enviado posteriormente a facturación para su correspondiente registro. También suelen llevar un control de la caducidad, así como ser los encargados de facilitar otro tipo de productos no medicamentosos, como son los biberones y los alimentos para los recién nacidos.

Un centro hospitalario como norma general, tiene que contar con un servicio de farmacia, el cual debe tener a su disposición, procedimientos y manuales para la elaboración con una enumeración de seguimientos donde se clasifican según el tipo de departamentos al que corresponda, se clasifican de este modo:

1. Laboratorio.
2. Farmacia convencional dirigida a pacientes hospitalizados.
3. Dispensación de medicación a pacientes crónicos, sobre horario establecido.
4. Dispensación no medicamentosa hacia unidades especiales o pacientes con pautas por orden facultativas, etc.

2 Objetivos

Exponer e indicar las funciones que desarrolla el auxiliar administrativo en el servicio de una farmacia de un centro hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica usando el buscador de internet Google académico con palabras claves y también se han consultado artículos en las principales bases de datos del ámbito científico.

4 Resultados

El auxiliar administrativo, que desarrolla su trabajo dentro en el servicio de una farmacia de un centro hospitalario, desempeña unas funciones, entre las cuales se encuentran las siguientes:

- Devolución de medicamentos.
- Realización de pedidos a las droguerías.
- Control de recetas.
- Manejo y control de stock.
- Atención de pedidos.

- Manejo de coberturas sociales.

Dentro de todas las funciones que desempeña, el auxiliar administrativo, así como el resto de personal administrativo, deben tener la competencia de:

- Habilidad para seguir procedimientos de laboratorio.
- Aptitud para la atención al usuario.
- La capacidad de trabajar en equipo.
- Responsabilidad en el manejo de la informática.

El auxiliar administrativo en el servicio de farmacia hospitalaria, es el encargado de todo el control de la dispensación de los medicamentos para aquellos pacientes crónicos que acuden a este servicio para la retirada de sus tratamientos o medicaciones, mediante las recetas prescritas por el personal médico solicitante y para hacer una observación sobre la disposición de todos los medicamentos que les sean necesarios para su pronta recuperación.

Por eso mismo, un auxiliar administrativo que desempeña sus funciones dentro del servicio de farmacia de un centro hospitalario, es tan importante como el resto de personal sanitario en su entorno laboral, ya que hace una labor administrativa objetiva y eficaz, siempre haciendo una previsión de todo lo imprescindible para que nunca falte medicación en las farmacias de los centros hospitalarios. Por ello, el auxiliar administrativo hace los pedidos a las diversas empresas que se encargan de la distribución de los medicamentos, por eso mismo, a la hora de realizar esta función, deberá estar siempre supervisada por el farmacéutico del servicio de farmacia, para que no haya ninguna demora en la recogida de los medicamentos.

5 Discusión-Conclusión

El sistema de gestión de Farmacia debe cumplir con ciertos requisitos legales, los cuales deben tener una trazabilidad en todas las operaciones que se gestionen, también en la seguridad de acceso al sistema y en el almacenamiento.

Es de vital importancia utilizar un programa informático, el cual es una de las herramientas para el auxiliar administrativo bastante fundamenta, el cual ayuda al buen uso de la farmacología en los centros hospitalarios.

En el servicio de farmacia hospitalaria se debe hacer la recepción de todo el suministro en horario diurno, por eso mismo el auxiliar administrativo, es el que se encarga de la revisión de los distintos albaranes, para informatizar la entrega por consiguiente empresas contratadas por el servicio.

6 Bibliografía

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

Capítulo 499

EL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN EL ARCHIVO DE UN CENTRO HOSPITALARIO

JOSE HERREROS MAGAN

SERGIO HERREROS ROSILLO

MARIA GEMA JIMENEZ HIDALGO

MONTSERRAT CHICOTE CICUENDEZ

MARIA JOSEFA MUÑOZ SERRANO

1 Introducción

El archivo de un centro hospitalario es un área o departamento dedicado a la gestión, almacenamiento y conservación de toda la documentación y registros médicos generados en el hospital. Es un componente esencial de la estructura administrativa del centro de atención médica, ya que es responsable de organizar, clasificar y mantener la información relacionada con los pacientes, el personal médico, los procedimientos y las operaciones del hospital.

El archivo hospitalario comprende diversos tipos de documentos y registros, entre los que se incluyen los expedientes médicos. Estos son los registros detallados de cada paciente que ha sido atendido en el hospital. Contienen información clínica relevante, como diagnósticos, tratamientos, medicaciones administradas,

resultados de exámenes, procedimientos realizados y evolución del paciente durante su estancia en el hospital (1).

Las historias clínicas también son una parte integral de los expedientes médicos y contienen un historial completo del paciente, incluyendo antecedentes médicos, alergias, tratamientos previos y otros datos relevantes para su atención médica. Otros documentos importantes en los archivos son los informes médicos, que incluyen informes de cirugías, informes de laboratorio, informes de radiología, entre otros, que proporcionan detalles sobre los resultados de los procedimientos y exámenes realizados al paciente.

La gestión adecuada del archivo hospitalario es fundamental para asegurar el flujo de información entre los diferentes departamentos del hospital y para mantener el cumplimiento de las regulaciones de confidencialidad y protección de datos, como las establecidas por las leyes de privacidad de la salud, como la HIPAA en Estados Unidos u otras normativas similares en otros países.

2 Objetivos

Dar a conocer e indicar el papel del personal administrativo en el archivo del centro hospitalario y como procede a cada uno de los documentos.

3 Metodología

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

4 Resultados

El auxiliar administrativo en el archivo de un centro hospitalario es un profesional encargado de gestionar y mantener organizada toda la documentación y registros médicos que se generan en el hospital. Su labor es de vital importancia para garantizar el correcto funcionamiento de la institución, ya que un archivo bien organizado facilita el acceso a la información necesaria para la atención médica y administrativa.

Las responsabilidades principales de un auxiliar administrativo en el archivo de un centro hospitalario incluyen la clasificación y organización de documentos. El auxiliar debe clasificar y archivar adecuadamente los expedientes médicos, informes de pacientes, resultados de exámenes, facturas y demás documentación relevante. Es fundamental mantener los registros actualizados y asegurarse de que la información se encuentre en buen estado. Esto implica mantener un sistema de seguimiento de los documentos para facilitar su búsqueda y recuperación.

El auxiliar administrativo debe garantizar la confidencialidad de la información médica, siguiendo las normativas y leyes de privacidad y protección de datos. Además, puede que el personal médico o administrativo requiera acceder a cierta información archivada. El auxiliar debe estar disponible para ayudarles en la búsqueda y recuperación de la documentación necesaria. Además, en muchos hospitales, se está llevando a cabo la digitalización de archivos para facilitar su gestión. El auxiliar puede participar en este proceso, escaneando y archivando los documentos de manera electrónica. El auxiliar administrativo puede colaborar con otros departamentos del hospital, como facturación, recursos humanos o registros médicos, para asegurar que toda la información relevante esté correctamente registrada y archivada. Es importante realizar copias de seguridad periódicas para proteger la información en caso de pérdida o daño.

Un archivo bien cuidado facilita la ubicación rápida de la información y previene la pérdida de documentos importantes. La digitalización de archivos ha ido ganando relevancia en muchos hospitales, y el auxiliar administrativo puede tener un papel activo en este proceso, contribuyendo a la transición hacia sistemas electrónicos de archivo que simplifiquen la gestión de la información (3). En resumen, el auxiliar administrativo en el archivo de un centro hospitalario juega un papel crucial en el mantenimiento y gestión de la documentación médica y administrativa, asegurando que la información esté disponible de manera oportuna y confidencial para brindar una atención médica de calidad.

Asimismo, el auxiliar administrativo puede ser un enlace clave entre diferentes departamentos del hospital, brindando apoyo y facilitando la obtención de información necesaria para la toma de decisiones médicas y administrativas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del auxiliar administrativo en el archivo de un centro hospitalario es de suma importancia para garantizar la eficiente gestión y conservación de la documentación médica y administrativa. Su labor contribuye a

mantener un flujo de información preciso y confiable, lo que resulta fundamental para la atención médica de calidad y para el correcto funcionamiento del hospital en general.

Las principales funciones del auxiliar administrativo incluyen clasificar, organizar y mantener actualizados los expedientes médicos, informes de pacientes, resultados de exámenes y otra documentación relevante. Además, se asegura de que se respeten las normativas de privacidad y seguridad para proteger la confidencialidad de la información.

6 Bibliografía

1. <https://www.jobatus.es/noticias/cuanto-gana-un-auxiliar-administrativo-en-un-hospital>
2. https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/administrativo/tema_10.pdf
3. <https://revistamedica.com/competencias-profesionales-administrativoarchivo-hospitalario/>

Capítulo 500

EL ROL DEL CELADOR EN EL ÁREA DE MATERNIDAD

JADILLA MOHAMED ABDESELAM

1 Introducción

El área de maternidad en los hospitales es un espacio crítico donde se brinda atención especializada a mujeres embarazadas, durante el parto y después del nacimiento, además del bienestar de los recién nacidos. El celador desempeña un papel integral en la garantía de que tanto las madres como los bebés reciban el apoyo necesario y la atención adecuada en este período crucial.

La labor del celador en este entorno es de gran importancia, ya que desempeña un papel esencial en el cuidado y el bienestar de las pacientes embarazadas, recién nacidos y sus familias. A través de este análisis, se busca comprender la relevancia de las funciones del celador en el área de maternidad y destacar los desafíos y consideraciones únicas que enfrentan en comparación con otros entornos hospitalarios.

Algunas funciones del celador a parte de brindar apoyo a la paciente embarazada es la preparación de espacios, la asistencia al traslado y a la familia, al igual que el mantenimiento del orden.

También es importante tener en cuenta que en el área de maternidad el celador está expuesto a desafíos y a llevar a cabo una serie de consideraciones especiales hacia el trato del paciente, como la sensibilidad y la empatía.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es conocer las responsabilidades y las funciones que tiene el celador en el área de maternidad.

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 en el servicio de maternidad" o "funciones y responsabilidades del celador" entre otras.

4 Resultados

El celador en el área de maternidad tiene múltiples funciones y responsabilidades importantes para asegurar la calidad de los pacientes.

1. Asistencia y Transporte de Pacientes: Uno de los aspectos fundamentales del trabajo del celador en el área de maternidad es el transporte y la asistencia de las pacientes embarazadas. Desde acompañar a las mujeres en trabajo de parto hasta trasladarlas a las áreas de atención, los celadores aseguran que las pacientes reciban la atención oportuna y puedan acceder a los servicios médicos de manera eficiente.
2. Soporte Emocional y Psicológico: La llegada de un nuevo miembro a la familia es un evento emocionalmente cargado. Los celadores en el área de maternidad a menudo brindan apoyo emocional a las madres y a sus familias, ayudándoles a sentirse cómodos, seguros y tranquilos durante su estadía en el hospital. Establecer una conexión empática puede marcar una gran diferencia en la experiencia de los pacientes.
3. Colaboración con el Personal de Salud: Los celadores en el área de maternidad colaboran estrechamente con el personal médico y de enfermería. Ayudan en la preparación de salas de parto, suministran equipos médicos y asisten en procedimientos médicos. La comunicación efectiva y la coordinación son esenciales para garantizar un entorno de atención seguro y eficiente.
4. Privacidad y Sensibilidad Cultural: En el área de maternidad, la privacidad y la sensibilidad cultural son de suma importancia. Los celadores deben ser conscientes de la necesidad de respetar la intimidad de las pacientes y de adaptarse a diversas tradiciones y creencias culturales durante el proceso de atención.

5. Higiene y Limpieza: Mantener un entorno limpio y sanitario es esencial en el área de maternidad para prevenir infecciones y garantizar la seguridad de las madres y los recién nacidos. Los celadores juegan un papel clave en la limpieza de las instalaciones y la disposición adecuada de los desechos médicos.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del celador en el área de maternidad es esencial para brindar un ambiente de atención seguro, cómodo y eficaz para las pacientes embarazadas, los recién nacidos y sus familias, ya que se trata de un momento muy especial para los pacientes. Desde proporcionar asistencia física hasta ofrecer apoyo emocional y colaborar estrechamente con el personal médico, los celadores desempeñan un rol vital en la experiencia general de la maternidad en un entorno hospitalario. Reconocer la importancia de su labor, brindar capacitación adecuada y promover una cultura de cuidado y empatía contribuirán a una atención materna de alta calidad y a un entorno hospitalario enriquecedor.

6 Bibliografía

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

Capítulo 501

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE FARMACIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO

LAURA MONTERO MARTÍNEZ

CARMEN MARÍA ZARCO TENDERO

M^a DEL PILAR CORTES MENDOZA

1 Introducción

Se define la prestación farmacéutica como un servicio de atención sanitaria dentro del complejo hospitalario, que se encarga del almacenamiento, preparación y entrega de medicamentos y preparados sanitarios, entre otros.

Una de sus labores es asesorar tanto a profesionales como a pacientes en el uso seguro y eficiente de dichos productos. Además de prever la necesidad de los distintos preparados que de manera habitual son usados por los profesionales en los centros hospitalarios.

Es un servicio relacionado con el tratamiento que necesitan los pacientes, tanto ingresados, como pacientes recién operados o incluso post operados, a su vez también trata a pacientes derivados de atención primaria, en el caso que necesiten alguna fórmula magistral específica, ya sea tratamiento crónico o no.

Un auxiliar administrativo en el servicio de farmacia de un centro hospitalario, tiene labores tales como la conservación de facturas o justificantes recibidos de los pedidos realizados a casas comerciales o centros externos, para ello se tiene en cuenta facturas tanto emitidas como recibidas, para posteriormente llevar un registro tanto electrónico como manual, para evitar pérdida de información. También llevan un control de la cantidad de fármacos almacenados, y pendientes de recibir, para que no haya nunca desabastecimiento y todos los pacientes tengan cubiertas sus necesidades sanitarias.

2 Objetivos

Exponer y dar a conocer las funciones que lleva a cabo el auxiliar administrativo en el servicio de una farmacia de un complejo hospitalario.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se ha llevado a cabo una investigación mediante la recopilación de información de diferentes bases de datos científicas mediante el uso de palabras clave “farmacia hospitalaria”, “auxiliar administrativo”, además de realizar entrevistas con auxiliares administrativos sobre sus experiencias en el servicio de farmacia de un hospital.

4 Resultados

El servicio de farmacia de un hospital está formado por personal sanitario, como pueden ser farmacéuticos, enfermeros, técnicos de laboratorio, entre otros, y personal no sanitario, auxiliares administrativos y celadores.

Cada miembro tiene asignada unas labores específicas, en concreto los auxiliares administrativos realizan las siguientes funciones:

- Colaborar en los procesos de planificación, organización y control del servicio. Para llevar a cabo esta labor los auxiliares administrativos piden información al resto de profesionales de otros servicios, con el fin de ser previsores y tener en cuenta todas las necesidades de los pacientes, en lo que a tratamientos se precisa.
- Clasificar e instaurar un archivo manual e informatizado a la vez, en el que se registren todas las peticiones internas y externas, así como archivar y controlar todas las facturas y justificantes de dichas demandas de productos, para así justificar su petición y a su vez tener controlado todo el material para así facturar

correctamente y tener en consideración el stock que hay tanto en neveras como en los cuartos de conservación, los cuales permanecerán cerrados para evitar extravíos o robos.

- Documentación de cada material estéril, como por ejemplo guantes, pinzas, gasas, así como de cualquier tipo de nutrición, ya sea por vía parenteral, como además la lactancia para recién nacidos.

Por ello es tan fundamental la labor de los auxiliares administrativos en el servicio de farmacia de un complejo hospitalario, es igual de importante que el trabajo realizado por el resto de los profesionales que forman el servicio, puesto que se encargan de la contabilidad, pedir y almacenar todo el material necesario para el buen funcionamiento del hospital.

Todas estas labores administrativas siempre están autorizadas por el personal sanitario, que son quienes han pautado o solicitado los materiales.

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares administrativos del servicio de farmacia, son quienes verifican las entradas y salidas de medicamentos, tienen en cuenta el stock, las fechas de vencimiento de los fármacos, además de encargarse de garantizar el correcto funcionamiento del servicio para que nunca exista déficit de material médico.

Es de vital importancia el uso de un programa informático, puesto que sirve de ayuda para hacer un buen uso por parte del auxiliar administrativo a la hora de tener todos los suministros controlados, debido a que hay un servicio de entrega y recepción diurno, de ahí la importancia de la revisión de los albaranes. Asimismo es importante saber que se tienen en cuenta los imprevistos que puedan suceder en horario de urgencias, cuando los auxiliares administrativos están fuera de su horario laboral.

6 Bibliografía

1. La labor del auxiliar administrativo respecto a la unidad de farmacia hospitalaria. [Internet]. [25 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://revistamedica.com/labor-auxiliar-administrativo-unidad-farmacia-hospitalaria/>.
2. Planificación y organización de un servicio de farmacia. [Internet]. Disponible en: <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap11.pdf>.

Capítulo 502

EL CELADOR EN EL AREA DE URGENCIAS

ANDREA MÁRQUEZ RAMÍREZ

1 Introducción

El celador, aunque no forma parte del personal denominado sanitario, es una figura muy importante en el ámbito de urgencias como parte de las personas que atienden a los pacientes, ya que este es el primer encargado en tener una toma de contacto con este, y el que lo trasladará después a los diferentes servicios que necesite dentro del área de urgencias, además también se encargará de la movilización de los mismos; es por ello que el celador está totalmente integrado en el equipo de trabajo y tiene un papel muy orientado en cuanto a sus funciones, no sólo las que vienen recogidas en su estatuto, sino que efectúa todas aquellas que les son ordenadas por los superiores y sobre todo debe demostrar que es competente para realizar los trabajos que se le encomienden.

La Real Academia Española (RAE) define la palabra celador como “persona que cela o vigila, y persona destinada por la autoridad para ejercer la vigilancia”, aunque si este concepto lo trasladáramos al ámbito específicamente sanitario, el Celador sería el personal no sanitario que realiza sus funciones en el servicio de Instituciones Sanitarias y que aunque ejercería una función de vigilancia, esta solo formaría parte de una de las muchas funciones que tiene un celador.

La Ley 55/2003, de 16 de diciembre, habla sobre la derogación de los Estatutos preconstitucionales y efectivamente el de Sanitarios si ha sido derogado y modificado por esta Ley, pero las funciones del celador no, se siguen rigiendo por el estatuto antiguo a pesar de su antigüedad y ambigüedad y sobre todo y lo que es

más grave en esta época en la que estamos, en la discriminación que en este se observa en cuanto a la figura de la mujer celadora, por tanto, se hace muy muy necesaria una adaptación de esta Orden Ministerial (1)

2 Objetivos

- Exponer las competencias 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

Urgencias es la unidad asistencial que, bajo la responsabilidad de un médico (médico coordinador de urgencias), está destinada a la atención sanitaria de pacientes con problemas de etiología diversa y gravedad variable, que generan procesos agudos que necesitan de atención inmediata.

El Servicio de Urgencias es un área que forma parte del hospital y del centro de salud, ubicado próximo a la puerta de acceso de los mismos.

Al servicio de urgencias acuden personas solicitando asistencia médica urgente, motivada por diversas causas, por lo que debemos distinguir entre lo que es una URGENCIA y lo que es una EMERGENCIA

URGENCIA: es una situación en la cual NO existe riesgo inminente de muerte, pero se requiere asistencia médica en un corto periodo de tiempo

EMERGENCIA: es la situación en la cual la vida del paciente corre peligro de muerte en lo que se dice, ya por ello, en este caso, hay que actuar con la mayor diligencia posible y lo más inmediato que se pueda.

El servicio de urgencias funciona todos los días del año las 24 horas del día en Atención Especializada y en Atención Primaria.

El celador presta sus servicios tanto en el Hospital como en el Centro de Salud, mientras en el Hospital el celador recibe a los pacientes, los traslada de un sitio a otro para realizar las pruebas que se estimen oportunas, ayuda a la movilización

y cualquier otro trabajo que le encomienden, en el Centro de Salud sus funciones son más de tipo administrativo y telefonista.

El celador debe conocer a la perfección todos los aparatos, dispositivos y materiales de uso frecuente en el área hospitalaria, ya que aunque él no sea el encargado de manejarlos, sí que es su función trasladarlos a demanda a cualquier área del hospital que se le requiera, y por ello es muy importante que sepa distinguir cada uno de ellos y su función, para poder realizar esta tarea de la forma más rápida y segura posible.

5 Discusión-Conclusión

Es evidente que el Celador es muy importante y necesario en el Servicio de urgencias, ya que sin su colaboración, muchas de las actividades que se realizan en estas, no podrían salir adelante y podría pararse el servicio en estas.

El celador en urgencias debe estar muy preparado para realizar su trabajo, ya que aunque no se necesita una titulación concreta ni un periodo de prácticas antes de incorporarse a su puesto, este debe tener en cuenta que en este puesto de trabajo se requiere ser dinámico, tener humanismo, paciencia y sobre todo espíritu de equipo. Su misión consiste en trasladar al enfermo a la consulta del médico de guardia en camilla o silla de ruedas (según el estado del enfermo), colocarlo en la mesa de reconocimiento con la ayuda del personal Auxiliar Sanitario, salir fuera mientras se procede la exploración y esperar la llamada del médico para trasladarlo donde sea destinado, además debe controlar que se cumplan las normativas de la institución sanitaria y velar por el bienestar del paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 503

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LOS DISTINTOS CRITERIOS PARA EL RECONOCIMIENTO Y COBRO DE LAS RETRIBUCIONES DE TRIENIOS

MONTSERRAT ESTEBAN GONZALEZ

SUSANA OCHOA GUIJARRO

ANA MARIA PATO DE PABLO

MARIA CARMEN HIGUERA MARTIN

MARIA JOSE ROMERO PEREZ

1 Introducción

Como trabajadores del Servicio Público, los auxiliares administrativos deben saber que los trienios son un complemento salarial al que se tiene completo derecho gracias al trabajo prestado en la Administración Pública. Generalmente, el auxiliar administrativo laboral temporal desconoce la posibilidad de poder solicitar el reconocimiento a dichos trienios.

La cantidad monetaria viene determinada por la Ley de Presupuestos Generales del Estado. Se cobrará en función del grupo o subgrupo al que pertenezcamos según la clasificación profesional.

Independientemente del contrato laboral (fijo, interino o eventual), el auxiliar administrativo tiene el derecho a trienios por cada tres años de servicios prestados,

a lo largo de su vida laboral, en los distintos cargos de la función pública. Según la legislación de 2021, de acuerdo con la Ley 11/2020 del 30 de diciembre, la cantidad total de un trienio se puede encontrar desde los 206,92 € hasta los 618,58€ dependiendo del grupo de funcionariado en la que el receptor se encuentre (A1, A2, B, C1, C2, E y EBEP).

El auxiliar administrativo laboral temporal a de conocer que puede y debe solicitar a través del Anexo II (solicitud de reconocimiento de trienios para personal temporal estatutario del SESCAM) el reconocimiento del primer trienio a partir del día 1096 de su primer día de contrato con el servicio del SESCAM, o posteriormente.

2 Objetivos

1. Conocer qué son y cómo obtener los trienios en los distintos tipos de contratos laborales del auxiliar administrativo con el SESCAM.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 trienios son pagas incluidas dentro de las retribuciones básicas de los trabajadores, junto a las pagas extra, según la Ley 14/2011 del Empleo Público de Castilla-La Mancha. Sabiendo que, dependiendo del grupo o subgrupo al que pertenezca el trabajador, se cobrará una cantidad u otra en función de esto. Primeramente, como auxiliares administrativos debemos conocer el subgrupo al que pertenecemos, siendo este el Subgrupo C2.

Dentro del empleo de auxiliares administrativos hay distintos tipos de contratos laborales y, dependiendo de cuál sea este, se establecerán criterios distintos en cada uno.

- Funcionarios fijos

- Funcionarios interinos: el personal interino está sujeto a los reglamentos de los funcionarios de carrera en cuanto a los trienios.
- Funcionarios eventuales: sabemos que el auxiliar administrativo eventual cobra un sueldo en función de su subgrupo. Siguiendo esta rama, los trienios podrán cobrarse según sean reconocidos por esta clasificación. Aquel personal funcionario de carrera que ocupe un puesto eventual se le asignará a su trienio el complemento de carrera correspondiente al tramo que tenga reconocido y el complemento al puesto eventual que esté ocupando.

A la hora de solicitar los trienios que nos corresponden, los auxiliares administrativos deben rellenar un cuestionario Anexo II: solicitud de reconocimiento de trienios para personal temporal estatutario del SESCO y solicitar un Certificado de Servicios Prestados a las distintas Gerencias. En este certificado se elegirá entre las distintas categorías, a las que aplicamos posteriormente a la entrega de ambos requisitos. La Gerencia estudiará y enviará una resolución a nuestro caso, concediendo o no el/los correspondientes(s) trienio(s).

Como datos adicionales, el auxiliar administrativo debe conocer:

- Según la Ley 5/2015, el auxiliar administrativo tendrá derecho a seis días laborales al año por asuntos particulares. A partir del sexto trienio consecutivo que se haya cumplido, el auxiliar administrativo podrá añadir hasta dos días por asuntos particulares a estos seis ya mencionados. Después del octavo trienio, estos solo podrán aumentar un día por trienio cumplido.
- Según la Ley 11/2020, la cantidad a cobrar por cada trienio cumplido oscila entre los 206,92 euros hasta los 618,58 euros según el grupo o subgrupo al que se corresponda.
- Cuando a un auxiliar administrativo se le aplica a una excedencia forzosa, este tiene derecho a cobrar las retribuciones básicas y el cómputo del tiempo al trienio correspondiente.
- Un hecho importante a conocer es que, si el silencio administrativo tras la solicitud de trienios es superior a tres meses, se debe entender que dicha solicitud queda rechazada.

5 Discusión-Conclusión

Para un auxiliar administrativo, temporal o eventual, sobre todo, es de vital importancia reconocer los criterios y críticas que rodean a los trienios ya que, generalmente, por el tiempo discontinuo de trabajo, se desconoce por la mayoría del personal laboral temporal la existencia al derecho de solicitud y cobro de trienios. Continuando con los auxiliares administrativos temporales o eventuales, estos

deberán saber (para un buen reconocimiento y resolución de trienios) que solo serán reconocidos los trienios correspondientes al contrato vigente. Si el auxiliar administrativo ha trabajado en dos categorías o grupos diferentes en los últimos tres años, se reconocerá el de categoría superior.

6 Bibliografía

1. Ley 4/2011, de 10 de marzo, del Empleo Público de Castilla-La Mancha. (boe.es) Disposición 11719 del BOE núm. 261 de 2015
2. Los trienios en el ámbito laboral y cómo se calculan | Coformación (coformacion.com)
3. ¿Cuándo tienen derecho a cobrar trienios los funcionarios? - ACAL (acalsl.com)

Capítulo 504

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN PARA EL MATERIAL ORTOPROTÉSICO DEL SESCAM EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

MONTSERRAT ESTEBAN GONZALEZ

SUSANA OCHOA GUIJARRO

ANA MARIA PATO DE PABLO

MARIA CARMEN HIGUERA MARTIN

MARIA JOSE ROMERO PEREZ

1 Introducción

La prestación ortoprotésica es aquella que consiste en la utilización de productos sanitarios, implantables o no, cuya finalidad es sustituir total o parcialmente una estructura corporal, o bien de modificar, corregir o facilitar su función. Comprenderá los elementos precisos para mejorar la calidad de vida y autonomía del paciente.

Esta prestación se facilitará por los servicios de salud o dará lugar a ayudas económicas en los casos y de acuerdo con las normas que reglamentariamente

se establezcan por parte de las Administraciones sanitarias competentes. Se fijan unas bases para el establecimiento de unos importes máximos para cada Comunidad Autónoma y una relación de productos que cada responsable de prestación ortoprotésica selecciona de la Oferta para facilitar en su respectivo ámbito de gestión.

La reciente actualización del catálogo común de prestación ortoprotésica del Sistema Nacional de Salud ha incorporado nuevos tipos de productos que van a satisfacer las necesidades de determinadas personas con discapacidad facilitándoles llevar una vida más autónoma. Algunos de estos productos de nueva incorporación, bien por la complejidad en su uso o en su adaptación, así como por su coste, se han incluido en el catálogo como productos de especial prescripción y para la prescripción de los cuales se requerirá un protocolo de indicación acompañado de un informe médico.

Para gestionar una buena atención integral, el auxiliar administrativo del Equipo de Administración en Atención Primaria ha de conocer los distintos documentos para poder ser el eslabón de unión entre el usuario y el sistema sanitario. Además, es necesario justificar de forma obligatoria mediante un informe médico la indicación de prescripción del producto ortoprotésico.

2 Objetivos

- Describir los pasos para solicitar las ayudas o subvenciones, con la correspondiente documentación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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

Lo más interesante para el usuario del SESCOAM a su llegada a la recepción de administración del Centro de Salud y ser atendido por el auxiliar administrativo del Equipo de Atención Primaria es conocer y solventar sus dudas y problemas.

Vamos a tratar de indicar, en la manera y forma más concisa posible, los pasos para solicitar las ayudas o subvenciones, con la correspondiente documentación.

1. Ir al médico de Atención Especialista en la materia correspondiente del Sistema Nacional de Salud o, centros concertados con el SESCOAM, a los que el paciente haya sido derivado desde el mismo, y, una vez que vea la necesidad de dicho material ortoprotésico, realizará la prescripción. Los productos deben estar incluidos en el Catálogo General de Material Ortoprotésico vigente.

Excepcionalmente, los médicos de Atención Primaria del SESCOAM podrán prescribir sillas de ruedas manuales, andadores, bastones y cojines anti escaras, así como cualquier otro producto ortoprotésico que determine la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SESCOAM.

2. Presentar la prescripción anterior dentro del plazo fijado según el art. 10.2 que se fija en: 60 días naturales a partir de la fecha de la emisión del informe médico.

3. Factura de adquisición del material ortoprotésico, donde tiene que figurar el producto en sí, el código según el catálogo y el importe abonado.

4. Rellenar el Anexo “solicitud de reintegro de gastos por prestación ortoprotésica”.

5. El auxiliar administrativo debe recogerlo como registro único de la Junta de Comunidades y entregar un justificante al usuario de su entrega.

6. Los documentos se envían por el servicio de mensajería del personal del Centro al Departamento correspondiente de la Gerencia o en su caso a la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SESCOAM.

5 Discusión-Conclusión

Una buena gestión del auxiliar administrativo es el conocimiento de las últimas novedades en todo lo referente a documentación, existen novedades en el entorno de trabajo canalizado vía web, por lo cual, estas cada día son más indispensables para el trabajo del auxiliar administrativo. El interés, la empatía, humanización, asertividad son las principales características que toda persona dedicada a la atención al público desea alcanzar, por lo tanto, intentará conocer en todo lo posible los documentos relacionados con su trabajo y su entorno.

El auxiliar administrativo deberá estar familiarizado con esta documentación y si no es así, esperemos que este trabajo sirva también como una pequeña guía de cómo ayudar al usuario en su trayecto tedioso de presentar documentación y pasos burocráticos.

6 Bibliografía

1. <https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/material-ortoprotesico>
2. Noticias jurídicas.com
3. Artículo 17 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
4. Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre, “Relación de productos ortoprotésicos o tipos de productos que cada responsable de prestación ortoprotésica selecciona de la Oferta para facilitar la prestación ortoprotésica en respectivo ámbito de gestión”.
5. Orden 136/2018, de 5 de septiembre, de la Consejería de Sanidad, artículo 8.1

Capítulo 505

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ANTE LA DEMANDA DEL USUARIO CON EL TRABAJADOR SOCIAL EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

MONTSERRAT ESTEBAN GONZALEZ

SUSANA OCHOA GUIJARRO

ANA MARIA PATO DE PABLO

MARIA CARMEN HIGUERA MARTIN

MARIA JOSE ROMERO PEREZ

1 Introducción

La presencia del Trabajador Social está orientada a acompañar, ayudar y capacitar a las personas en sus procesos vitales para ser responsables, libres de elegir y ejercer la participación, así como para facilitar los cambios de aquellas situaciones que supongan un obstáculo en el desarrollo humano y la justicia social, promoviendo los recursos de la política social, las respuestas innovadoras y la creación de recursos no convencionales basados en el potencial solidario de las personas (Martínez, 2003).

Una de las muchas funciones del auxiliar administrativo a desempeñar en el ámbito de la sanidad dentro de los Centros de Salud, es el de desarrollar una atención

integral, junto con el Equipo de Atención Primaria. En este trabajo vamos a fijar nuestra mirada en la relación auxiliar administrativo y la figura del Trabajador Social.

El auxiliar administrativo perteneciente al ámbito sanitario es una pieza clave en el engranaje del centro de atención primaria para garantizar un servicio eficaz y de calidad al usuario.

Cuándo un paciente acude al auxiliar administrativo vía telefónica o en la recepción solicitando ayuda de riesgo social o, se detecta, o sospecha por el contexto, ¿sabemos guiarle en los distintos pasos que correspondan? ¿Conoce el auxiliar administrativo del Centro de Salud los criterios o indicadores de derivación de usuarios al Trabajador Social, cuando nos solicitan una cita a Demanda?

2 Objetivos

- Exponer las funciones de Auxiliar Administrativo en la derivación del paciente al Trabajador 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

Para una buena atención al usuario en Atención Primaria, el auxiliar administrativo ha de saber comunicarse con el usuario; debemos estar siempre en disposición de escuchar relajados, e intentar responder de manera clara y tranquila. Intentaremos empatizar, ponernos en su lugar y así poder hablar en sus mismas condiciones. En el análisis del trabajo que nos ocupa, son usuarios que nos solicitan ayuda, información o cita en demanda con el/la Trabajadora Social.

En respuesta a las preguntas señaladas en la introducción del capítulo, es de interés comedido que el auxiliar administrativo conozca los criterios/indicadores de derivación que se atienden en las demandas específicas en la agenda del Trabajador Social, de aquellos pacientes que lo solicitan a petición propia.

Se pueden dar diversas situaciones que el auxiliar administrativo, como tal, desconoce, pero al formar parte de un equipo es esencial, para proporcionar la información correcta al usuario. Existen situaciones no habituales en el ritmo de nuestro trabajo, como: las voluntades anticipadas, de las cuales forma parte nuestro Trabajador Social; y el auxiliar administrativo guía en la cita de Demanda, o el Convenio Especial para personas inmigrantes que no tengan residencia en España o estén irregulares sin cobertura sanitaria; que deben de cumplir una serie de requisitos. Además de muchas más variantes.

El auxiliar administrativo es una pieza clave, en el equipo de Atención Primaria, puesto que, existen también pacientes con algún tipo de dificultades que son captados por enfermeros o médicos, pediatras, con otro tipo de problemas, trastornos, los cuales nos van a redirigir a nosotros como auxiliares administrativos para darles cita con el Trabajador Social. Siempre el auxiliar administrativo es el nexo o punto de unión entre el usuario y los distintos miembros del Equipo de Atención Primaria, con los cuales formamos un todo.

5 Discusión-Conclusión

Como recopilación de los datos recogidos anteriormente, concluimos que una buena gestión del auxiliar administrativo es el conocimiento de las últimas novedades. Como en todo buen equipo es necesaria la reciprocidad en la relación con el Trabajador Social del Equipo de Primaria. El interés, la empatía, humanización, asertividad son las principales características que toda persona dedicada a la atención al público desea alcanzar, por lo tanto, intentará conocer en todo lo posible los documentos relacionados con su trabajo y su entorno.

El auxiliar administrativo deberá conocer y familiarizarse con los criterios e indicadores de derivación existentes para un buen registro de la correspondiente cita en la atención del Trabajador Social con el usuario.

6 Bibliografía

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

Capítulo 506

SERVICIO DE LAVANDERÍA Y PLANCHA. TIPOS DE LAVANDERÍA HOSPITALARIA

MARÍA ENCARNACIÓN ALONSO BARBA

YOLANDA BARBERO CAÑADAS

MARIA DOLORES ALFARO CUERDA

ALMUDENA GALINDO GARVI

ANDREA BARBERO CAÑADAS

1 Introducción

Podemos clasificarlas lavanderías hospitalarias en función del servicio que prestan y su modelo de gestión o su capacidad.

En función de su capacidad distinguimos tres tipos; lavandería pequeña en la que se procesa hasta una tolerada de ropa seca al día, la lavandería mediana que procesa hasta cinco toneladas de ropa seca al día, y la lavandería grande que procesa más de cinco toneladas de ropa seca al día.

Según su modelo de gestión y el servicio que prestan podemos encontrar varios tipos de lavanderías,

* La lavandería institucional es la más común en los centros hospitalarios pertenecientes al SESCOAM actualmente, ya que esta lavandería presta servicio

únicamente a las necesidades de su centro y además su explotación depende directamente del centro de sanitario al que está escrito.

* La lavandería semi centralizada, es aquella que presta servicio a varios centros hospitalarios y gestión depende directamente del centro hospitalario al que está adscrita.

Este caso se caracteriza por una economía de escala de producción, ya que consigue buenos resultados con menos inversión.

* La lavandería centralizada es aquella que posee una gestión propia, presta servicio a varios centros hospitalarios. Este tipo de lavanderías tienen un mayor control en todas sus fases, alcanzando una calidad excelente en la prestación de sus funciones.

2 Objetivos

Plasmar los tipos de galería que existen según su gestión, construcción, etcétera.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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

- Descripción de los locales de la lavandería.

En estos establecimientos es importante que es esta una barrera sanitaria que nos permita separar la zona que trata la ropa sucia de la zona que trata la ropa limpia, de tal manera que se evite la recontaminación bacteriana.

Los materiales que se utilizan pueden ser tabiques impermeables a la humedad, aire y polvo. Estos tabiques pueden ser transparentes de tal manera que se facilite el control de las dos zonas.

- Descripción de los locales de la lavandería.

En estos establecimientos es importante que es esta una barrera sanitaria que nos permita separar la zona que trata la ropa sucia de la zona que trata la ropa limpia, de tal manera que se evite la recontaminación bacteriana.

Los materiales que se utilizan pueden ser tabiques impermeables a la humedad, aire y polvo. Estos tabiques pueden ser transparentes de tal manera que se facilite el control de las dos zonas.

- La zona sucia es la zona contaminada del servicio de lavandería y plancha, corresponde a las áreas de recepción, clasificación, la alimentación de las máquinas. En la zona limpia encontramos los servicios del secado, la plancha, la reparación, empaquetado y expedición. En esta zona la ropa debe ser tratada con especial cuidado para no correr riesgos de contaminación.

Una vez que tenemos clara esta distribución podemos tener en cuenta diferentes consideraciones:

- El paso de una zona a otra debe realizarse a través de compartimentos que dispongan de puertas dobles, de este modo una simple permanecerá cerrada evitando el paso del flujo de aire de una zona a otra.
- La zona limpia tendrá siempre una presión superior con respecto a la zona sucia, de este modo se evita la diseminación de microorganismos.
- El sistema de ventilación se ajustará a los requisitos legalmente exigidos, de filtración, ritmo de intercambio y salida...
- Ambas zonas, estarán dotadas de las instalaciones adecuadas para que se garantice la renovación del aire como mínimo 30 veces a la hora.
- Los locales deben estar dispuestos de tal forma que formen un circuito en el que la ropa que se trata en la zona de sucio vaya a la zona de limpio sin interrupciones ni riesgo a dar vuelta para atrás.
- Las máquinas de lavar se instalarán de forma tal que la ropa sea cargada en la zona sucia y una vez lavada y limpia se recoja a través de la zona limpia.
- los locales que se destinen a trabajos húmedos deben estar separados de la ropa seca y el almacén.

5 Discusión-Conclusión

La disposición de los locales está enfocada en todo momento a evitar la contaminación de la ropa que se encuentra en la zona limpia, ya tratada.

Por ello, la zona sucia y el área húmeda estarán convenientemente aislados de la zona limpia, según se establezca en la legislación vigente.

A la hora de la construcción de los locales es muy importante la elección de los materiales, impermeables, lisos, inoxidable... Para que fácil de tener la limpieza del mismo, que tendrá que ser de forma periódica.

También tendremos en cuenta medida de seguridad como la dirección y presión de la ventilación, áreas que estén al aire libre, zonas de seguridad con restricción de salidas y entradas o dobles puertas...

6 Bibliografía

TEMARIO ESPECIFICO CEP, 2022. PERSONAL DE LAVANDERIA Y PLANCHA.

Capítulo 507

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL QUIRÓFANO

ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS

LAURA NAVARRO BALLESTEROS

MARIA COTILLAS GUERRERO

CARLOS ALBERTO RODRÍGUEZ RUBIO

1 Introducción

Dentro de la complejidad del entorno hospitalario, el quirófano se erige como uno de los lugares más críticos y sensibles para la atención médica. En este entorno altamente especializado, los auxiliares administrativos desempeñan una función fundamental al garantizar el correcto funcionamiento y la coordinación eficiente de todas las actividades relacionadas con las intervenciones quirúrgicas, aunque no todos los hospitales requieren de su labor.

En el presente documento, se explorará el importante rol y las responsabilidades de los auxiliares administrativos en el quirófano de los hospitales. Se analizará cómo su labor en la organización de horarios, manejo de expedientes y coordinación con el personal médico y de enfermería, garantiza un entorno seguro y eficiente para la realización de cirugías. Una de las tareas más importantes de este profesional en el quirófano es asegurarse de que todos los documentos y registros estén completos, sean precisos y estén actualizados, lo que incluye la verificación del paciente, preparación de historias clínicas, entre otros. La labor del auxiliar administrativo también incluye la interacción con los pacientes y sus familias,

asegurándose de que comprendan los procesos administrativos relacionados con la cirugía. Además, examinaremos la importancia de su habilidad para mantener una comunicación fluida entre los diferentes miembros del equipo quirúrgico. También se destacará su papel en el cumplimiento de normativas y protocolos de seguridad.

2 Objetivos

- Explorar las funciones y destacar la relevancia del auxiliar administrativo en el quirófano para comprender su contribución en este entorno.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 en el quirófano de los hospitales desempeñan un papel esencial en el funcionamiento eficiente y seguro de este entorno altamente especializado. A lo largo de esta investigación, se examinan las diversas funciones que realizan estos profesionales, desde la organización de horarios y el manejo de expedientes hasta la coordinación con el personal médico y de enfermería. Sus responsabilidades varían según el hospital y el equipo quirúrgico específico, pero algunas funciones comunes incluyen:

1. Organización de horarios: los auxiliares administrativos colaboran en la programación de las cirugías, asegurándose de que los horarios se planifiquen de manera eficiente para maximizar la utilización del tiempo quirúrgico y evitar conflictos.
2. Gestión de expedientes y documentación: mantienen registros precisos de los pacientes programados para cirugías, asegurándose de que toda la documentación necesaria esté completa y actualizada.
3. Coordinación del equipo quirúrgico: facilitan la comunicación y coordinación

entre los diferentes miembros del equipo quirúrgico, incluyendo cirujanos, enfermeras, anestesiólogos y otros profesionales de la salud.

4. Recepción y seguimiento de los pacientes: reciben a los pacientes que ingresarán a cirugía, proporcionándoles información relevante y asegurándose de que sigan los protocolos preoperatorios.

5. Asistencia en procedimiento administrativos: ayudan en la elaboración y verificación de documentos como consentimientos informados, órdenes médicas y registros postoperatorios.

6. Mantenimiento de la confidencialidad: garantizan la privacidad y confidencialidad de la información médica y los datos de los pacientes.

7. Recibir las llamadas y visitas localizando por megafonía al personal del área.

8. Realizar los informes pertinentes de alta de los pacientes ingresados en la UCSI, cartas, reclaman material que no llegue y todo aquello que por su puesto de trabajo le corresponda.

En resumen, los auxiliares administrativos en los quirófanos son fundamentales para asegurar que las cirugías se desarrollen sin contratiempos, facilitando una comunicación efectiva y una gestión eficiente de los recursos necesarios para la atención quirúrgica. Su trabajo en el manejo de expedientes, coordinación de equipos y cumplimiento de normativas contribuye a una atención médica segura y de calidad en el entorno quirúrgico del hospital.

5 Discusión-Conclusión

Se destaca la importancia de los auxiliares administrativos en el quirófano de los hospitales. La habilidad en la organización y coordinación de estos profesionales en las actividades realizadas en el quirófano asegura un flujo de trabajo sin contratiempos, lo que es fundamental para el éxito de las intervenciones quirúrgicas. Al colaborar estrechamente con el personal médico y de enfermería, se garantiza el buen funcionamiento del sistema sanitario, cumpliendo los protocolos y las normativas de seguridad. Además, su capacidad para mantener una comunicación fluida entre los miembros del equipo quirúrgico es esencial para una colaboración efectiva durante los procedimientos.

En conclusión, los auxiliares administrativos en el quirófano de los hospitales desempeñan un importante papel en la entrega de una atención quirúrgica segura y de alta calidad. La relevancia de su labor radica en su capacidad para coordinar y gestionar las actividades en el quirófano.

6 Bibliografía

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

Capítulo 508

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

LAURA NAVARRO BALLESTEROS

ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS

MARIA COTILLAS GUERRERO

CARLOS ALBERTO RODRÍGUEZ RUBIO

1 Introducción

En el vertiginoso y delicado entorno del servicio de urgencias de los hospitales, los auxiliares administrativos desempeñan un rol de vital importancia, asegurando un funcionamiento fluido y eficiente en los momentos más críticos. Aunque su labor se desarrolla mayormente tras los bastidores, su contribución resulta esencial para garantizar que los procesos administrativos y organizativos sean los adecuados, permitiendo al personal médico y de enfermería concentrarse en proporcionar una atención médica oportuna y de calidad a los pacientes en situaciones de emergencia.

En esta investigación, se explorará la labor de los auxiliares administrativos en los servicios de urgencias hospitalarias. Se desglosarán sus múltiples funciones, responsabilidades, objetivos y los resultados que se alcanzan al facilitar una atención eficiente en los momentos críticos y la importancia de su trabajo en el entorno de atención médica de emergencia. A lo largo de esta investigación, se

analizará cómo su habilidad para gestionar los registros médicos, coordinar con el personal médico y gestionar los recursos se traduce en una optimización de la operatividad de los servicios de urgencias. Asimismo, resaltaremos la relevancia de su labor en la optimización del flujo de trabajo, la comunicación efectiva y la atención integral a los pacientes durante las situaciones críticas.

2 Objetivos

-Analizar las funciones y responsabilidades específicas de los auxiliares administrativos en el servicio de urgencia de los hospitales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una minuciosa revisión bibliográfica mediante la búsqueda y análisis de artículos científicos publicados en revistas científicas de interés. La selección de estos artículos se ha efectuado utilizando diferentes bases de datos como Scopus, PubMed y Google Scholar, que ofrecen una amplia cobertura en la investigación científica.

4 Resultados

El área de emergencias de un hospital ocupa la planta baja del edificio adyacente a la zona de hospitalización y sirve como puerta de entrada para pacientes que requieren atención urgente. Al llegar, los pacientes se dirigen a la recepción principal, donde los celadores y el personal de admisión, incluyendo a los auxiliares administrativos, están disponibles para asistirlos. En este punto, se solicita a los pacientes que se registren en el mostrador de admisión, presentando su tarjeta sanitaria o documento de identificación. En el caso de pacientes referidos de otros centros de salud, se les pide que proporcionen informes médicos pertinentes. Una vez completado el proceso de registro, los pacientes son programados para el triaje, y se generan etiquetas con sus datos personales. Además, se les brinda una pulsera de identificación personal que deben llevar en todo momento hasta recibir el alta médica.

Las labores y responsabilidades atribuidas a los auxiliares administrativos en el entorno del servicio de urgencias hospitalarias son de una naturaleza excepcionalmente variada y abarcan un espectro amplio de tareas. Su competencia

se extiende desde la meticulosa gestión de documentos hasta la estrecha coordinación con el personal médico y la atención compasiva hacia los pacientes en circunstancias críticas. La habilidad con la cual se mantienen registros minuciosos, se administra el inventario y se facilita una comunicación fluida, tanto interna como externamente, desempeña un papel de suma importancia para elevar la calidad de la atención médica y para mejorar la experiencia global de los pacientes en momentos de crisis. Estas funciones y obligaciones se entrelazan de manera integral en diversas esferas, ejerciendo un impacto inmediato y altamente significativo tanto en la dinámica operativa como en la excelencia de la atención proporcionada.

En lo que respecta a la coordinación, los auxiliares administrativos desempeñan un papel fundamental al agilizar el proceso de admisión de pacientes en urgencias. Esto incluye garantizar que se realice una evaluación rápida de prioridades y una asignación de camas acorde con la gravedad de cada caso. Su habilidad para mantener una comunicación efectiva con el personal médico y de enfermería permite una respuesta inmediata y coordinada ante situaciones de emergencia, lo que asegura una atención médica oportuna y adecuada.

En términos de gestión administrativa, los auxiliares administrativos son responsables de la gestión y actualización de registros médicos, asegurando que el personal médico disponga de información precisa y relevante durante el tratamiento de los pacientes. Asimismo, supervisan el manejo de recursos, suministros y equipos, lo que contribuye a mantener un entorno bien equipado y eficiente para la atención médica de urgencia.

Adicionalmente, los auxiliares administrativos desempeñan un rol esencial en la recepción y atención al cliente. Brindan apoyo y contención a los pacientes y sus familias en momentos de crisis, demostrando habilidades para mantener la calma y enfocarse en situaciones de alta presión. Esta capacidad es fundamental para crear un ambiente seguro y sereno en el servicio de urgencias, mejorando la experiencia del paciente y proporcionando tranquilidad en medio de la incertidumbre.

Las funciones del auxiliar administrativo en el servicio de urgencias son variadas y esenciales para mantener un flujo de trabajo eficiente y brindar una atención médica oportuna y de calidad en situaciones críticas. Algunas de las principales funciones incluyen:

1. Recepción y registro de pacientes: los auxiliares administrativos tienen la responsabilidad de recibir a los pacientes que ingresan en urgencias. En este proceso, recopilan información crucial y registran los datos necesarios en el sistema del hospital, lo que agiliza y facilita el proceso de admisión.

2. Evaluación de prioridades: colaborar con el personal médico para evaluar la gravedad de cada caso. Esta evaluación permite asignar prioridades de atención según la urgencia de cada situación, garantizando que los pacientes reciban la atención necesaria en el momento adecuado.
3. Coordinación de camas y recursos: asegurar que las camas y recursos necesarios estén disponibles y bien organizados para recibir a los pacientes de manera rápida y eficiente.
4. Comunicación interna y externa: facilitar una comunicación efectiva entre el personal médico y de enfermería. Además, colaboran con otros departamentos del hospital para asegurar la disponibilidad de servicios necesarios durante situaciones de emergencia.
5. Gestión de registros médicos: mantener y actualizar los expedientes médicos de los pacientes con precisión y confidencialidad. Esta labor garantiza que el personal médico tenga acceso a la información relevante durante el tratamiento.
6. Atención al paciente: brindar apoyo emocional y contención a los pacientes y sus familiares en momentos de crisis. Una actitud empática y compasiva contribuye a crear un entorno seguro y tranquilo durante situaciones de alta presión.
7. Coordinación de traslados: facilitar el traslado de pacientes a otras áreas del hospital cuando se requiera atención especializada o procedimientos adicionales.
8. Apoyo en tareas administrativas: contribuyen en diversas tareas administrativas y financieras, tales como facturación y elaboración de informes, manteniendo las operaciones organizadas en el servicio de urgencias.
9. Mantenimiento de la seguridad: participan activamente en la implementación de protocolos de seguridad y medidas de prevención de infecciones para garantizar la seguridad tanto de los pacientes como del personal en el servicio de urgencias.

5 Discusión-Conclusión

La importancia de la labor desempeñada por los auxiliares administrativos en el marco de los servicios de urgencia hospitalaria se destaca como un pilar fundamental para garantizar el funcionamiento eficiente y efectivo de este entorno crítico. Estos profesionales asumen una amplia gama de responsabilidades que abarcan desde la coordinación y gestión administrativa hasta la atención directa al paciente.

Uno de los aspectos más notables es la importancia de la coordinación llevada a cabo por los auxiliares administrativos en los servicios de urgencia. Su capacidad para agilizar los procedimientos de admisión, evaluar la prioridad de los casos y

asignar recursos de manera acorde resulta esencial para asegurar una atención médica oportuna y adecuada. Asimismo, su habilidad para comunicarse efectivamente con el personal médico y de enfermería facilita una respuesta rápida y coordinada ante situaciones de emergencia, lo que, en última instancia, mejora la eficiencia operativa de los servicios de urgencia.

En el contexto de un entorno hospitalario caracterizado por una alta presión asistencial, los auxiliares administrativos desempeñan un rol de vital importancia en la gestión de registros médicos. Su contribución es fundamental para mantener la eficiencia operativa en el hospital. La disponibilidad de información precisa y relevante en los registros médicos se erige como un pilar fundamental para el personal médico al tratar a los pacientes, asegurando una atención personalizada y segura. Además, el apoyo y la empatía brindados por estos profesionales a los pacientes y sus familias en momentos críticos generan un ambiente seguro y sereno en los servicios de urgencia, mejorando significativamente la experiencia del paciente y fortaleciendo su confianza en el proceso de atención médica. El compromiso y la competencia de estos auxiliares se revelan como factores determinantes para optimizar la eficiencia en los servicios de urgencia. Su dedicación y respaldo son esenciales para establecer un entorno seguro y perfectamente organizado en estas circunstancias, lo que, en última instancia, se traduce en una experiencia del paciente significativamente mejorada y contribuye sustancialmente a brindar una atención médica efectiva y profundamente humanizada.

6 Bibliografía

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

Capítulo 509

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL EFECTO DE LAS PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN Y LA LUZ AZUL A LA SALUD

LAURA NAVARRO BALLESTEROS

ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS

MARIA COTILLAS GUERRERO

CARLOS ALBERTO RODRÍGUEZ RUBIO

1 Introducción

Con el avance de las tecnologías de iluminación, las personas han experimentado una mayor susceptibilidad a fuentes artificiales de luz, como las luces LED, dispositivos móviles, computadoras y otros aparatos electrónicos. La luz azul, caracterizada por sus longitudes de onda menores a 440 - 450 nm, se ha identificado como la forma más energética de radiación visible para el ojo humano. La exposición a esta luz plantea la posibilidad de afectar los ritmos circadianos. Además, se ha observado que la luz azul de alta energía tiene la capacidad de atravesar la córnea y el cristalino, llegando directamente a la retina y causando daños fotoquímicos en esta región ocular. También se ha sugerido que la luz azul podría inducir daños biológicos similares a los causados por la radiación ultravioleta (UVA), ya que sus longitudes de onda se asemejan al espectro de la luz

UVA. En situaciones de exposición prolongada, la luz azul de alta energía podría incrementar el daño al ADN, la muerte celular, comprometer la función de protección de la piel, promover la hiperpigmentación y contribuir al proceso de fotoenvejecimiento inducido por la luz.

En el entorno laboral, el Real Decreto 488/1997 establece las disposiciones mínimas de seguridad y salud que se aplican al trabajo con pantallas de visualización. Además, esta regulación requiere la creación de una guía técnica diseñada para guiar la evaluación y prevención de riesgos en este contexto laboral específico.

Entre las distintas ocupaciones, el rol de auxiliar administrativo se destaca como particularmente propenso a los efectos adversos del uso constante de pantallas y dispositivos electrónicos, así como a la exposición prolongada a la luz azul. Dado que la computadora constituye la herramienta esencial para llevar a cabo sus tareas, resulta imperativo implementar medidas preventivas. Así mismo, resulta crucial considerar las recomendaciones proporcionadas por expertos con el fin de atenuar o eliminar los riesgos asociados a esta dinámica laboral.

2 Objetivos

El objetivo es conocer los riesgos y problemáticas que puede sufrir un auxiliar administrativo frente a la exposición a la luz azul y medidas preventivas para evitar estos riesgos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 afrontan desafíos notables debido a la continua exposición a pantallas de visualización y a la luz azul emitida por diversos dispositivos electrónicos. Estos desafíos abarcan una serie de problemas, incluyendo dificultades en la conciliación del sueño que generan fatiga mental, así como

daños en los ojos, la piel y lesiones musculares derivadas de posturas incorrectas. El alcance del daño ocasionado está estrechamente ligado a la frecuencia y duración del tiempo que se pasa frente a una pantalla en el lugar de trabajo. Aquellos que superan las 4 horas diarias o las 20 horas semanales efectivas de trabajo con pantallas son considerados usuarios habituales de equipos de visualización. Las molestias musculares pueden manifestarse debido a posturas inapropiadas, el mantenimiento prolongado de posiciones estáticas, movimientos repetitivos asociados al uso intensivo del teclado y el ratón, así como el ocasional levantamiento de objetos pesados.

La fatiga mental puede surgir como resultado de lidiar con una gran cantidad de información y de las alteraciones en los patrones de sueño inducidas por la exposición a la luz azul emitida por las pantallas. Esta fatiga puede tener múltiples causas, que pueden actuar de forma individual o combinada. Entre estas causas, se destacan las demandas intelectuales significativas en la realización del trabajo, la falta de sincronización entre los ritmos de trabajo y los patrones de sueño del personal, la monotonía de las tareas y los niveles de autonomía laboral, entre otros factores.

Los signos de fatiga visual pueden manifestarse a través de síntomas como ojos llorosos, sequedad ocular, visión borrosa, visión doble y sensaciones de ardor, entre otros. La Asociación Americana de Optómetras ha acuñado el término "Síndrome de Visión de Computadora" para describir los problemas que experimentan aquellos que pasan largos periodos frente a pantallas de visualización de datos. Los síntomas varían desde miopía temporal (incapacidad para enfocar claramente objetos distantes durante minutos u horas después del uso de la computadora) hasta tensión o fatiga ocular, visión borrosa tanto de objetos cercanos como lejanos, y una mayor sensibilidad a la luz. Asimismo, es frecuente experimentar molestias como dolores de cabeza, tensión en el cuello, dolor de espalda y espasmos musculares a causa de mantener posturas incómodas para garantizar el ángulo apropiado entre los ojos y la pantalla.

Por añadidura, la exposición prolongada a la luz azul puede dar lugar a daños permanentes en la retina. Además, la superficie ocular engloba una película lagrimal, tejido epitelial corneal y tejido conjuntivo, todos ellos susceptibles a la luz y a anomalías. Esta superficie ocular constituye la primera línea de defensa ante la energía radiante. Investigaciones demuestran que la luz azul induce daños a través de estrés oxidativo, inflamación en la superficie ocular y apoptosis celular. La fatiga y sequedad ocular son síntomas predominantes entre aquellos que trabajan rutinariamente con pantallas, acompañados de dificultad para enfocar y una reducción en la frecuencia del parpadeo, lo cual contribuye a la fatiga ocular

durante las tareas con computadoras.

El desempeño cotidiano del auxiliar administrativo implica la utilización constante de pantallas de visualización de datos, una práctica que puede tener repercusiones negativas en la salud. En este contexto, el Real Decreto 488/1997, emitido el 14 de abril, establece las disposiciones básicas de seguridad y salud aplicables al trabajo que involucra el uso de equipos con pantallas de visualización. Este decreto representa la transposición a la legislación española de la Directiva Europea 90/270/CEE, adoptada el 29 de mayo de 1990. En el Artículo 3 de este decreto se definen las responsabilidades generales de los empleadores, quienes tienen la responsabilidad de implementar las medidas necesarias para preservar la seguridad y la salud de los trabajadores que trabajan con pantallas de visualización. Estas medidas deben abordar los riesgos potenciales para la vista y también considerar los problemas físicos y la carga mental. Para mitigar o eliminar estos riesgos, se deben aplicar las medidas técnicas y organizativas apropiadas, garantizando así un entorno de trabajo seguro y saludable.

Este enfoque se despliega a través de cinco elementos que configuran un entorno laboral equipado con pantallas de visualización:

1. Diseño del puesto: El espacio de trabajo debe ser adecuado, permitiendo movimientos y cambios de postura sin limitaciones.
2. Configuración del puesto de trabajo: Se debe prestar especial atención a la disposición de elementos clave en el puesto de trabajo. La pantalla debe estar configurada de manera que se eviten destellos y cualquier tipo de inestabilidad visual. Es esencial que tanto la luminosidad como el contraste sean ajustables según las preferencias del usuario. Además, la pantalla debe ser orientable para adaptarse a las necesidades individuales. La pantalla debe estar ubicada a una distancia superior a los 40 centímetros para prevenir tensiones en el cuello. El teclado debe permitir una postura cómoda para los brazos y las manos, con suficiente espacio en la superficie de trabajo para apoyarlos adecuadamente. Esta superficie de trabajo debe tener niveles bajos de reflejos, contar con el tamaño adecuado y permitir la disposición cómoda y accesible de los materiales de trabajo. El asiento empleado debe ser estable, brindar libertad de movimiento y garantizar una postura cómoda. Idealmente, este asiento debe ser ajustable en altura y contar con un respaldo reclinable que proporcione soporte lumbar.
3. Entorno físico: Factores como la iluminación, el ruido, la temperatura, las emisiones y la humedad deben estar adecuadamente controlados.
4. Interacción ordenador-persona: El software utilizado debe estar adaptado a las tareas requeridas, además de ser fácil de usar y ajustarse al nivel de conocimientos y experiencia del usuario.

5. Organización del trabajo: Es fundamental asegurarse de que todos los elementos del puesto de trabajo cumplan con los requisitos de diseño ergonómico. Además, se debe brindar formación e información a los trabajadores que hacen uso de pantallas de visualización de datos y establecer métodos adecuados para organizar las tareas laborales.

Con el propósito de prevenir afecciones musculares, se aconseja adoptar posturas ergonómicas y evitar mantener una posición estática durante largos periodos al realizar diversas tareas. Con relación a la fatiga mental, es esencial evitar situaciones de carga laboral excesiva o insuficiente, así como la repetición excesiva de tareas que puedan resultar monótonas. También es fundamental evitar situaciones de aislamiento que puedan limitar la interacción social en el entorno laboral.

Para mitigar la fatiga visual, es recomendable utilizar filtros de alta calidad que reduzcan el brillo y mejoren el contraste de las pantallas. También se aconseja realizar descansos cortos de 10 minutos cada 90 minutos de trabajo frente a la pantalla. Durante estos intervalos, es útil parpadear regularmente, enfocar la vista en objetos distantes y llevar a cabo ejercicios diseñados para relajar los ojos y los músculos faciales, lo que contribuye a aliviar la tensión muscular.

Para contrarrestar los riesgos vinculados a la exposición a la luz azul, se han implementado diversas estrategias de protección ocular. Entre las medidas convencionales de salvaguardia se encuentran el uso de gafas diseñadas para bloquear la luz azul, protectores oculares especializados y el empleo de software que regula la emisión de luz azul. Estos recursos operan mediante la filtración de la luz azul de alta energía y longitud de onda corta, lo que no solo mejora la calidad de la visión, sino que también reduce el potencial de daño ocular.

5 Discusión-Conclusión

La exposición constante a pantallas de visualización y luz azul en el entorno laboral causan una serie de problemáticas que abarcan desde molestias musculares y fatiga mental hasta fatiga visual y daños potenciales en la salud ocular, estos síntomas pueden tener un impacto negativo en la comodidad y bienestar de los trabajadores, así como en su capacidad para desempeñar las tareas con eficacia. Es por ello que se destaca la importancia de aplicar medidas técnicas y organizativas para crear un entorno de trabajo seguro y saludable.

En conclusión, la exposición continua a pantallas de visualización y a la luz azul en el entorno de trabajo presenta desafíos significativos para los auxiliares administrativos. Por ello, es fundamental que las organizaciones implementen medidas

técnicas y organizativas adecuadas para crear un entorno de trabajo seguro y saludable, que incluya la configuración ergonómica de los puestos de trabajo y la promoción de buenas prácticas laborales. Para contrarrestar los riesgos asociados a la fatiga visual y la exposición a la luz azul, se deben considerar estrategias de protección ocular, pausas regulares y ejercicios para aliviar la tensión ocular. La conciencia y atención a estas cuestiones son esenciales para preservar la salud y el bienestar de los trabajadores que se enfrenta a esta problemática en el entorno laboral moderno.

6 Bibliografía

1. Calvo-Sanz, J. y Tapia-Ayuga, Carlos. (2020). Blue light emission spectra of popular mobile devices: the extent of user protection against melatonin suppression by built-in screen technology and light filtering software systems. *Chronobiology International*.
2. Ouyang, X.; Yang, J.; Hong, Z.; Wu, Y.; Xie, Y. y Wang, G. (2020). Mechanisms of blue light-induced eye hazard and protective measures: a review. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 130, 110577.
3. Real Decreto 488/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1997-8671>
<https://saludlaboral.org/portal-preventivo/riesgos-laborales/riesgos-relacionados-con-la-hergonomia/pantallas-visualizacion-de-datos-pvd/>.

Capítulo 510

MANTENIMIENTO ELÉCTRICO. LA IMPORTANCIA DE LOS ELECTRICISTAS

ADRIAN GONZALEZ LASSO

DAVID NAVARRO SAN JULIAN

1 Introducción

Los efectos de los cortes de energía pueden ser más o menos graves, pero siempre afectan la productividad empresarial, por lo que es importante planificar el mantenimiento eléctrico y así, verificar que no haya fallos eléctricos.

El mantenimiento de los equipos eléctricos es necesario para detectar posibles averías y mal funcionamiento de los equipos eléctricos industriales. Las consecuencias de los problemas eléctricos pueden ser más o menos graves, pero siempre repercuten en la productividad laboral de la empresa, sin olvidar los posibles daños a las personas. Echaremos un vistazo a lo que es el mantenimiento eléctrico, analizaremos algunas de sus técnicas y crearemos una pequeña guía para la planificación del mantenimiento eléctrico.

El mantenimiento de equipos eléctricos incluye la realización de revisiones de equipos eléctricos para ayudar a detectar posibles problemas en la operación del equipo, a través de acciones correctivas (respuesta a problemas específicos) o acciones preventivas (inspecciones programadas a intervalos definidos).

Las tareas de mantenimiento eléctrico van desde la inspección de enchufes y conexiones eléctricas hasta la medición de corriente y voltaje en el sistema. Además, es importante controlar la corrosión y el desgaste de los componentes, así como reparar los daños causados por caída de presión o sobrecalentamiento.

2 Objetivos

Destacar la importancia de los electricistas en el mantenimiento del equipamiento en 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

Existen tres tipos de mantenimiento: correctivo, preventivo y predictivo.

*** Mantenimiento correctivo

La idea detrás del mantenimiento correctivo es tomar acción contra un problema existente. En caso de falla, mal funcionamiento o degradación del desempeño del equipo, el SAT diagnostica y recomienda soluciones. Este tipo de servicio también se conoce como servicio reactivo.

Las pruebas de rendimiento correctivas se aplican después de una falla aleatoria, generalmente en equipos de gravedad insignificante, lo que significa que el impacto de la falla no causa mucho daño a la producción.

El mantenimiento correctivo es la acción del servicio técnico en respuesta a advertencias de que ciertos equipos, activos o procesos están fallando. Consiste en un grupo de tareas de carácter técnico, cuyo propósito es eliminar los errores que ocurren durante la operación de las máquinas.

Existen dos tipos de mantenimiento correctivo:

- ☒ Mantenimiento correctivo planificado
- ☒ Mantenimiento correctivo no planificado

*** Mantenimiento preventivo

El mantenimiento preventivo se define como el acto de revisar sistemáticamente y conforme a criterios específicos, los equipos o dispositivos de cualquier tipo (mecánicos, eléctricos, informáticos, etc.) para evitar daños por uso, desgaste o tiempo. .

El mantenimiento preventivo se basa en la idea de crear una serie de puntos de control que serán revisados periódicamente para reducir el riesgo de fallas en los equipos eléctricos.

Por lo tanto, aunque no se puede excluir por completo la posibilidad de fallas, su ocurrencia se ha reducido considerablemente ya que estas precauciones contribuyen a prolongar la vida útil de los equipos eléctricos.

Algunas de las tareas comunes de mantenimiento preventivo incluyen pruebas que incluyen pruebas de relés o disyuntores, carga de baterías o pruebas de CA o CC.

El mantenimiento preventivo se clasifica como inspeccionar el equipo para asegurarse de que esté funcionando correctamente y prevenir daños al equipo al prevenir problemas antes de que sucedan.

Realizar un mantenimiento preventivo tanto a los equipos propios como a los de nuestros clientes se convierte en un paso fundamental para evitar averías más costosas de reparar y alargar su vida útil. En este artículo explicamos desde los diferentes tipos de mantenimiento preventivo hasta cómo implementar un plan de mantenimiento preventivo efectivo y automatizado.

Existen tres tipos de mantenimiento preventivo:

- ☒ Mantenimiento programado
- ☒ Mantenimiento predictivo
- ☒ Mantenimiento de oportunidad

*** Mantenimiento predictivo

El mantenimiento predictivo es una gama de métodos y herramientas, basados en el análisis de datos, que pueden detectar posibles anomalías y fallas en la operación de procesos y equipos.

El mantenimiento preventivo es un pequeño cambio de paradigma que, combinado con la tecnología adecuada, le permite reflejar con mayor precisión el rendimiento de su equipo y le permite enfocar sus esfuerzos de mantenimiento en aquellos elementos realmente necesarios.

La idea es detectar el error antes de que suceda. Para ello, se reciben datos en tiempo real del dispositivo, que pueden indicar un fallo inminente o un error en el funcionamiento normal del dispositivo.

Algunas tareas comunes de mantenimiento preventivo incluyen la inspección de infrarrojos (para el análisis de reflexión y emisión) o el análisis térmico de los equipos.

Realizar correctamente el mantenimiento preventivo es fundamental para evitar posibles averías que inutilicen los equipos.

Las fallas de máquinas y equipos pueden costar mucho dinero a las empresas debido a paradas de producción y sobrecostos debido a intervenciones urgentes: mantenerlos en funcionamiento se ha convertido casi en una necesidad necesaria para hacer frente a situaciones imprevistas. Analizaremos en qué consiste el mantenimiento preventivo y brindaremos ejemplos, métodos y herramientas para ilustrar este nuevo enfoque predictivo.

El mantenimiento predictivo se basa en la predicción y predicción, pero no se limita a posibles errores causados por especulaciones o hipótesis a priori, sino que solo utiliza datos reales recopilados para este fin.

5 Discusión-Conclusión

El mantenimiento de los equipos eléctricos es muy importante porque a medida que los equipos industriales llegan al final de su vida útil aumenta la posibilidad de mal funcionamiento o funcionamiento anormal de la función y las consecuencias de estas fallas pueden ir desde la reducción del rendimiento hasta el apagado completo del circuito.

Por tanto, el impacto económico que puede sufrir la empresa es muy alto y amenaza la viabilidad de la empresa a corto, medio y largo plazo. Además, debido a estas fallas pueden ocurrir accidentes que pueden dañar otros equipos, estructuras e incluso a las propias personas.

Aunque no siempre es posible detectar todos los problemas a tiempo y es posible que una falla inesperada “se ponga al día”; Sin embargo, con un plan de mantenimiento en marcha, este margen se minimiza.

El mantenimiento preventivo es el más “importante”, ya que se adelanta a las averías antes de que ocurran o hace que sean menos graves, por lo que disminuye el gasto en reparaciones y el tiempo en el que los equipos dejan de estar operativos debido a las mismas.

6 Bibliografía

https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=CKnKDThB_AMC&oi=fnd&pg=PA5&dq=mantenimiento+el%C3%A9ctrico&ots=XyBgNSltNf&sig=467i2KXtO609sUZiS98F1K-zZEc#v=onepage&q=mantenimiento%20el%C3%A9ctrico&f=false

https://www.mantenimientomundial.com/notas/sextos_tipos-mantenimiento.pdf

https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=88znDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR6&dq=mantenimiento+el%C3%A9ctrico&ots=G4iTRRyGS_&sig=Dhmo21g5HMPVPO9w5nEYB9V_uPTU#v=onepage&q=mantenimiento%20el%C3%A9ctrico&f=false

Temario Ope Sescam Electricista 2023

Capítulo 511

SERVICIO DE PLANCHA Y LAVANDERÍA HOSPITALARIA. INDICACIONES TÉCNICAS EN EL PROCESADO DE LA ROPA

MARÍA ENCARNACIÓN ALONSO BARBA

YOLANDA BARBERO CAÑADAS

MARIA DOLORES ALFARO CUERDA

ALMUDENA GALINDO GARVI

ANDREA BARBERO CAÑADAS

1 Introducción

En el caso de que surja la necesidad de esterilizaciones especiales de la ropa hospitalaria del personal, porque estén contaminadas y que por sus características requieran ser tratadas en el proceso normal de lavado y desinfección de la lavandería, el Servicio de Medicina Preventiva junto con la Comisión de infecciones de cada centro, tiene la potestad para indicar esta necesidad y que se lleve a cabo.

En estos casos, también existe la opción de usar ropa desechable de un solo uso, aunque el coste es mucho mayor.

En el proceso de limpieza, desinfección y esterilización de la ropa, podemos utilizar productos químicos que nos ayuden a eliminar los microorganismos de la ropa sucia, blanqueantes, suavizantes...

Debemos tener en cuenta, que estos productos pueden ser muy agresivos con ciertas fibras, deteriorando de forma considerable la ropa. Por eso la ropa hospitalaria, en su mayoría, debe ser de algodón, ya que es una fibra muy resistente a las altas temperaturas del agua, así como a los productos que se les añade.

Por ejemplo, se cree que los suavizantes hacen la ropa más fácil de lavar y manipular, además les añade una suavidad extra para el paciente y también tienden a reducir el deshilachado.

En algunas lavanderías hospitalarias se añaden agentes bacteriostáticos en los líquidos de aclarados, aunque no existe una evidencia contundente que nos haga pensar que disminuyen el número de infecciones microbianas en los hospitales.

2 Objetivos

Explicar las indicaciones técnicas en el procesado de la ropa, en cuanto a la utilización de productos, como detergentes, que antes suavizantes, etcétera.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 un correcto procesado de la ropa hospitalaria, el personal de lavandería y plancha deberá seguir las normas siguientes:

En cuanto al lavado de carros, el área de lavado debe estar provista de un equipo de desinfección adecuado, si existe un túnel de lavado de carros, este deberá alcanzar una temperatura de 95 grados y deberá ser constante durante 10 minutos.

Además, los carros deben soportar la acción de los desinfectantes y de altas temperaturas.

Sabemos que una temperatura del agua de 90 grados centígrados durante 15 minutos destruye prácticamente todos los microorganismos que se encuentran en la ropa sucia.

No todos los tejidos soportan estas temperaturas de los desinfectantes, como puede ser la lana y el nailon. Por esto es aconsejable que la ropa hospitalaria sea de algodón.

Podemos utilizar tratamientos químicos como blanqueantes, pero en la ropa del Servicio de Pediatría o neonatología no utilizaremos blanqueantes del tipo cloro o hipoclorito sódico.

Este servicio debe garantizar que la ropa quede completamente limpia y desinfectada, pero manteniendo la seguridad de los usuarios.

El personal de lavandería y plancha debe conocer la dosificación del cloro, ya que este tratamiento puede ser inútil o incluso dañar la ropa, tampoco es conveniente añadir lejía cuando la ropa está demasiado caliente, ya que poco ocasionará un deterioro rápido de la fibra de algodón.

Un blanqueante adecuado que respeta bastante el tejido es el agua oxigenada, aplicándola durante quince minutos a una temperatura de 80 a 90 grados centígrados.

Cuando el transporte de la ropa se realiza a través de una lavandería central e industrial, fuera del propio centro sanitario, deben utilizarse camiones distintos para el transporte de la ropa limpia y sucia, aunque la ropa limpia esté empaquetada en fundas de plástico.

En el caso de que se transporten en el mismo camión, se hará a través de unos contenedores cerrados herméticamente identificados, estos contenedores deben ser limpiados y desinfectados conjuntamente con el camión, todos los días.

5 Discusión-Conclusión

En el procesado de lavado de la ropa se deben seguir unas indicaciones para conseguir los que mejores resultados de limpieza y desinfección evitando la destrucción de las fibras.

Actualmente, el algodón es la fibra más utilizada en los centros hospitalarios, por su resistencia a los blanqueantes, altas temperaturas, detergentes y suavizantes...

Se sabe que algunos de los blanqueantes pueden dejar restos en la ropa, por esto

se debe evitar utilizarlos en ropa destinada para niños o personas con problemas dermatológicos.

En cuanto al transporte de la ropa, si se realiza a través de un centro externo, este deberá utilizar dos camiones, uno para la ropa limpia y otro para la ropa sucia. En el caso de que utilice el mismo, se transportará la ropa en contenedores herméticos, debidamente identificados.

Además, estos contenedores deben ser desinfectados diariamente junto con el camión de transporte.

6 Bibliografía

Temario Cep. actualizado en 2022. Personal de lavandería y plancha.

Capítulo 512

SERVICIO DE LAVANDERÍA Y PLANCHA HOSPITALARIA: PROCESOS DE SELECCIÓN DE DETERGENTES Y PRODUCTOS DE LAVADO

MARÍA ENCARNACIÓN ALONSO BARBA

YOLANDA BARBERO CAÑADAS

MARIA DOLORES ALFARO CUERDA

ALMUDENA GALINDO GARVI

ANDREA BARBERO CAÑADAS

1 Introducción

El Real Decreto 770/1999, de siete de mayo, es el Reglamento Técnico Sanitario para la elaboración, curación y comercio de detergentes y limpiadores.

Establece una clasificación de los productos objeto de esta reglamentación por el uso a que están destinados.

Los productos para el lavado del lavavajillas, productos para el lavado de ropa, jabones de lavar, productos de mantenimiento y limpieza, productos para la limpieza de la industria alimentaria, y los productos de mantenimiento y limpieza destinados a las aplicaciones industriales y a otros usos profesionales.

En este capítulo nos centraremos en el grupo de los detergentes, suavizantes, productos para el prelavado y aditivos.

Como veremos a lo largo del capítulo, los detergentes, suavizantes, desinfectantes y demás productos deberán cumplir una serie de principios o componentes activos que sean compatibles con el tipo de lavado que queramos llevar a cabo.

Actualmente, en el mercado existen multitud de marca comercial.

Otro factor importante para elegir un buen producto es el factor económico, tanto del propio producto en sí como de la respetabilidad que tenga con las fibras.

Ya que un tejido puede tener una vida media más o menos larga dependiendo de los productos que utilicemos en él.

La primera es que utilicemos un producto, podemos realizar una prueba de lavado, consiste en lavar hasta tres veces un tejido en un programa básico, para ver el resultado que se obtiene. Después, podemos utilizar este producto en un programa más exhaustivo, a temperaturas más elevadas y con mayor durabilidad de tiempo.

2 Objetivos

- Exponer los tipos de productos químicos para el lavado y su composición.
- Identificar el producto que debemos elegir para nuestras necesidades.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha 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 entrevistado al personal de lavandería y plancha del Hospital de Ciudad Real.

4 Resultados

1. Lavado:

Incluiremos en este grupo los productos cuyo principal finalidad es el lavado, tanto los destinados para lavavajillas como para el lavado de ropa, superficies, etcétera.

Podemos encontrarlos de forma sólida, en polvo, líquido, en escamas, en pasta, aerosoles..

Los detergentes, además, contienen blanqueantes en su activo que provocan la disolución de las grasas.

- Según el momento de uso;

Detergentes de prelavado, estos detergentes poseen un gran poder humectante, saponificante y secuestrante para facilitar el lavado. Existen numerosas marcas que se comercializan, aunque como la mayoría de las máquinas combinan el prelavado con otros programas de lavado, no se suelen utilizar estos detergentes específicos.

Los detergentes de lavado, utilizan combinación de varios tensoactivos para controlar la cantidad de espuma que produce, se combinan con enzimas para facilitar la eliminación de manchas grasas...

- Componentes:

El componente principal de detergente son los agentes tensioactivos, que se absorben perfectamente cuando son disueltos en el líquido. Tenemos varios tipos: los iónicos (que forman mucha espuma), los no iónicos (que se utilizan para regular la espuma que producen los agentes iónicos), y los anfoteros.

Asimismo, los detergentes pueden incluir otros componentes, reforzantes, aditivos, cargas o auxiliares de presentación...

- Oxígeno activo:

Este producto cada vez está siendo más conocido y usado, no deteriora los tejidos y se suele utilizar como producto antimanchas, blanqueante o desinfectante.

- Ácido acético:

Es un producto que protege los colores.

2. Referencia a los suavizantes:

Los fabricantes son unos aditivos grasos que proporcionan a la fibra suavidad, además suelen estar perfumados, dejando un buen aroma en los tejidos. También facilitan la plancha y protegen las fibras.

3. Los desinfectantes:

Los desinfectantes pueden ir añadidos al propio detergente o se pueden añadir de forma individual en un proceso determinado de lavado. Debemos tener en cuenta que hay que usar la dosis adecuada, no dejar restos en los tejidos, debe tener acción bactericida y esporicida, deberá actuar a las temperaturas del lavado que vayamos a elegir.

5 Discusión-Conclusión

Normalmente, se dispone de una gran cantidad de productos comercializados en los distintos mercados, donde poder elegir el producto que más se adecue a nuestras necesidades.

Para ello se hace necesario el conocer cómo funciona cada producto, tanto si es un detergente, suavizante, desinfectante, etcétera.

De esta manera, teniendo un conocimiento básico de los productos a utilizar, podemos alargar la vida útil de nuestras prendas con el consiguiente ahorro económico.

Entre otros factores, se destaca la importancia de tener en cuenta el tipo de lavados y programas que utilizamos y asegurarnos que estos productos funcionarán correctamente a las temperaturas y periodos de tiempo que vamos a utilizar en lavado.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. Temario CEP 2022, personal de lavandería y plancha.

Capítulo 513

LA FATIGA VISUAL: PROBLEMA COMÚN QUE PADECE EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO

ANA BELEN FERNANDEZ ALONSO

ROCIO NAVARRO CUTANDA

LAURA MONTERO NIEVES

PILAR CÓRCOLES LOZANO

MARÍA JESÚS LÓPEZ CARCELÉN

1 Introducción

El trabajo de auxiliar administrativo, tanto en ámbitos sanitario como en diferentes sectores laborales, está prácticamente en su totalidad digitalizado, por lo que para poder realizar diariamente las labores o tareas a realizar será indispensable hacerlas frente a un ordenador tablet, etc. Esta será su principal herramienta de trabajo.

Esta digitalización de datos en nuestro caso en el tema a tratar en el ámbito sanitario ha aumentado considerablemente, produciéndose un mayor aumento de desarrollo y de productividad en el trabajo administrativo. Pero este aumento de la digitalización a su vez también ha provocado que el personal administrativo

pase la mayor parte del trabajo frente a una pantalla, apareciendo así inconvenientes o lesiones como en el caso concreto al que nos estamos refiriendo, la fatiga visual que sufre este personal.

Esta dolencia o molestia es cada más habitual no solo en el personal administrativo que trabaja en un centro sanitario, sino a la población en general, pues cada día pasamos más horas frente a pantallas, móviles, televisores, tablets, etc. Conforme avanza el tiempo este problema visual va creciendo o aumentando debido a este hábito tan habitual en nuestro día a día.

La fatiga visual no es en sí misma una enfermedad, más bien la podemos describir como un problema o molestia derivada de del sobreesfuerzo de los ojos, que dependerá sobre todo del tiempo de exposición de tus ojos a pantallas o aparatos que te hagan forzar en exceso la vista.

El auxiliar administrativo en su jornada laboral, aparte de trabajar todo el tiempo con pantallas, principales factores de exposición para poder sufrir fatiga visual, también estará expuesto a otros factores que podrían provocarle sufrir esta molestia, como podría ser la mala iluminación de la zona de trabajo, excesiva exposición al aire acondicionado, en caso de usar gafas no llevarlas durante largos periodos etc.

En nuestro trabajo trataremos el concepto de fatiga visual, así como las consecuencias de sufrir dicha molestia.

2 Objetivos

- Dar a conocer que es lo que puede llegar a provocar dicha molestia en el auxiliar administrativo que trabaja en un centro sanitario.
- Exponer las consecuencias de sufrir la fatiga visual en este personal en concreto.

3 Metodología

Para la realización de nuestro trabajo grupal sobre la fatiga visual y sus consecuencias sobre el auxiliar administrativo se ha buscado información en varios artículos sanitarios de las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando los procedentes de publicaciones académicas revisadas, así como también se ha utilizado el buscador Google académico, introduciendo palabras concretas como fatiga visual, a la vez que también ha usado un manual básico del auxiliar administrativo para terminar de completar toda la información necesaria.

4 Resultados

Una de las principales consecuencias derivadas de sus trabajos concretos que puede sufrir el auxiliar administrativo que está en un centro sanitario podría ser la fatiga visual, debido a diversos factores que se desarrollan en su jornada laboral, sobre todo la excesiva prolongación de los ojos frente a una pantalla.

A cada administrativo, la larga exposición o el exceso de forzar la vista, podría afectarle de diferentes maneras, debido a sus características personales o morfología.

Los principales signos o consecuencias de sufrir fatiga visual podrían ser los siguientes que a continuación detallaremos:

- Molestia en los ojos como podría ser: sufrir picazón, "notar arenilla" o pinchazos. Es una sensación que se nota internamente del ojo, pero que se proyecta externamente, pues parecen más hinchados, enrojecidos, etc.
- Dolor de cabeza. Esto sería el resultado de intentar adaptar la vista para poder realizar una tarea y forzarla en exceso, lo que provocaría poder sufrir esta consecuencia.

Este dolor de cabeza concreto se notará que proviene de la fatiga visual, pues aparecerá en la zona de los ojos y de la frente.

- Hinchazón y enrojecimiento de los ojos. Esta consecuencia ira ligada a la molestia de ojos y como la anterior ira ligada a la sobre exposición de la vista a pantallas o al exceso de forzar la misma.
- Visión borrosa. Como las anteriores puede ir unida a la sobre exposición o esfuerzo excesivo de los ojos, lo más común sería notar imágenes menos nítidas y borrosas.

El descanso como podría ser dormir hará que la perspectiva o visión vuelva fácilmente a su normalidad.

El 'personal administrativo que trabaja en un centro sanitario está continuamente pegado a una pantalla, pues su trabajo depende prácticamente en su totalidad del ordenador, pero a la vez este aparato será el mayor causante o factor de producir fatiga visual en este personal.

Conociendo ya estos problemas derivados del uso de pantallas, se está trabajando en reajustar este factor causante de fatiga visual, como por ejemplo mejorando el diseño de pantallas para evitar o impedir que su uso continúe, deteriorando inevitablemente la calidad visual del auxiliar administrativo.

De hecho, se están tomando medidas preventivas como podrían ser:

- Mejoramiento el diseño de la pantalla.
- La inclinación de la misma, hacia el trabajador.

- El brillo.
- La luminosidad del entorno en el que se desarrolla el trabajo.

Estas medidas podrían lograr que el auxiliar administrativo deje de padecer esta molestia o que no se encuentra tan expuesto a poder sufrirla, todo ello siempre combinado con pausas de descanso en el horario laboral.

5 Discusión-Conclusión

Aunque se intentan implantar medidas preventivas, el trabajo del auxiliar administrativo de un centro sanitario será frente a una pantalla, por lo que siempre estará expuesto a poder sufrir fatiga visual, pues estas pantallas son el principal factor que provoca dicha fatiga.

La gran digitalización del sistema sanitario lleva a que dicho personal tenga que realizar sus labores pegadas al ordenador, ya que será muy difícil poder evitarlas. Por lo tanto, se recomienda que este personal se adapte y tome medidas preventivas para evitar sufrir fatiga visual.

Se hace hincapié en que no solo este profesional deberá adoptarlas, sino la dirección del centro implantando normas medidas o pautas a seguir.

6 Bibliografía

1. Manual básico del auxiliar administrativo.
2. www.revistamedica.com.
3. www.mayoclinic.org.
4. www.vissum.com
5. www.vistalia.es.

Capítulo 514

EL PROCESO DE SOLICITUD POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LA TARJETA SANITARIA DE LA COMUNIDAD Y SUS PRESTACIONES

BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ

ADRIANA INMACULADA MARTIN PALOMINO GON-
ZALEZ

LORENA SORIANO ALARCON

MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ

1 Introducción

Tras las traducciones médicas, la iniciativa de crear un documento que identificara a cada ciudadano con la condición de asegurado a través de un sistema de base de datos nació en enero de 2003, cuando seis Comunidades Autónomas decidieron fusionar la base de datos de asegurados y nació la Carta. Esta iniciativa fue posteriormente copiada por varias comunidades autónomas. La tarjeta sanitaria es un documento personal e intransferible que garantiza la igualdad de acceso a la atención sanitaria en el sistema estatal de salud, independientemente de la edad del ciudadano y de la identidad que recibe el acceso a los servicios médicos.

La atención sanitaria es la prestación de servicios básicos de atención sanitaria o comúnmente conocidos como médicos de familia, cuidados de enfermería, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, así como farmacias previa emisión de recetas, medicina electrónica, etc. Además de la atención especializada, especialistas, hospitalizaciones, pruebas diagnósticas y en definitiva todo lo relacionado con el mantenimiento de la salud. Tienen derecho a atención médica:

Empleados de la asociación, jubilados o beneficiarios de prestaciones sociales, así como personas desempleadas que se hayan quedado sin prestaciones por desempleo o prestaciones por desempleo, dependientes de los sujetos antes mencionados. Este derecho está reconocido por el Instituto Nacional del Seguro Social.

2 Objetivos

Indicar la documentación necesaria para tramitar la tarjeta sanitaria, así como la información que contiene dicha tarjeta por parte del auxiliar administrativo.

3 Metodología

Para desarrollar este trabajo se realizó una investigación consistente, una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica existente. Se utilizaron artículos de las bases de datos: Pubmed,

Medline y Scielo, así como Google Scholar, seleccionan artículos de investigación de revistas académicas revisadas.

4 Resultados

Se especifican los documentos necesarios para completar la solicitud de la tarjeta. La documentación que proporciones dependerá del grupo al que pertenezcas, pero en general quedará así:

- Registrarse como empleado o beneficiario de prestaciones.

Junto con los documentos que acrediten el derecho a la asistencia sanitaria, se deberá presentar: un documento de ciudadanía en vigor (DNI o NIE). Los menores de 14 años podrán presentar su libro de registro de domicilio (original o copia certificada), así como cédula de identidad (padre o representante legal) del solicitante.

- El folleto de registro en el municipio de la Comunidad Autónoma donde reside está actualizado, con una validez de hasta 3 meses desde la fecha de su expedición.

La confirmación de estancia solo se podrá realizar mediante la cumplimentación del Registro Municipal (original o copia compulsada). Si una tarjeta médica perdida, robada o robada es el motivo para solicitar una tarjeta médica, también deberá presentar un comprobante de pago a la tarifa acordada. Al hacerlo, el Asistente Administrativo completará un formulario que servirá como comprobante hasta la emisión de la tarjeta y su entrega en el domicilio del ciudadano. Todas las tarjetas contendrán un conjunto de datos básicos común y estarán vinculadas a un Código de Identificación Personal (CIP) único para cada ciudadano del sistema nacional de salud. La información principal proporcionada en el anverso de la tarjeta médica:

- La identidad de la comunidad autónoma que lo expide.
- Un código único de identificación personal (CIP) del Sistema Nacional de Salud.
- Nombre y apellidos del titular de la tarjeta.
- Código del departamento de salud que emitió la tarjeta. Los registros médicos también podrán contener el número de documento nacional del titular o, en el caso de extranjeros, el número de identificación del extranjero.

(NO SON). También incluyen su número de seguro social, fechas de vencimiento de tarjetas para grupos específicos y números de teléfono de emergencia, todo en un formato estándar. En algunas Comunidades Autónomas (de hecho sí), también pueden contener una foto del titular de la tarjeta sanitaria para que no pueda ser utilizada por otros usuarios y pueda utilizarse como documento sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos destacando que esta tarjeta es la puerta a todo el tema sanitario online. El profesional encargado de tramitar dicho documento es el Auxiliar Administrativo de cada Centro de Salud, así como de solicitar al ciudadano toda la documentación pertinente y necesaria para dicha solicitud.

Cada Comunidad Autónoma emite o proporciona su propia Tarjeta Sanitaria, pero su solicitud se realiza en los Centros de atención primaria (Centros de salud). Por todo ello, el papel del Auxiliar administrativo es clave dentro del equipo de atención primaria, para la adecuada información, tramitación y solicitud de diferentes trámites necesarios para el usuario o paciente.

6 Bibliografía

1. Ley general de sanidad. Servicio de Salud de Castilla la Mancha.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 515

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS ALMACENES HOSPITALARIOS Y LAS GESTIONES DE PRODUCTO SANITARIO

BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ

ADRIANA INMACULADA MARTIN PALOMINO GON-
ZALEZ

LORENA SORIANO ALARCON

MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ

1 Introducción

Los servicios de almacenamiento y abastecimiento en los hospitales deben proporcionar suministros para todas las demás instalaciones del complejo sanitario. Compra, transporte y almacenamiento de materias primas, reactivos, maquinaria, equipos, medicamentos y otros consumibles necesarios. Tenga en cuenta que el servicio de entrega incluye: departamento de compras y tienda departamental (donde se integrará el trabajo del auxiliar administrativo). Todo hospital debe contar con una organización, personal y equipamiento que satisfagan todas estas necesidades básicas para que pueda funcionar correctamente. Tareas como:

- Recepción de mercancías: la materia prima es manipulada por el departamento de compras hasta el almacén.

- Preparar pedidos enviados por diversos servicios o centros médicos para su posterior distribución.
- Realizar control de inventarios, control de inventarios, control de fechas de vencimiento. El asistente administrativo es uno de los eslabones clave para que este complejo mecanismo funcione correctamente y es responsable de gestionar tanto la entrada como la salida de materias primas y/o consumibles.
- Gestionar administrativamente los flujos de materiales y productos.
- Controlar el inventario en su almacén o centro de distribución.
- Asistir en el manejo de entrada y salida de mercancías bajo la dirección del responsable de almacenamiento y/o logística, que son algunas de las funciones auxiliares administrativas en esta área.

2 Objetivos

Dar a conocer la gestión de los productos sanitarios.

Mostrar el papel del auxiliar administrativo en los almacenes.

3 Metodología

Para efectos de preparar este capítulo se llevó a cabo un estudio que incluyó una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Realizar una búsqueda sistemática de libros y artículos de revisión en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, seleccionando artículos científicos por contenido relacionado con el tema de investigación.

4 Resultados

Tenga en cuenta que el servicio de entrega incluye: departamento de compras y tienda departamental (donde se integrará el trabajo del auxiliar administrativo). Todo hospital debe contar con una organización, personal y equipamiento que satisfagan todas estas necesidades básicas para que pueda funcionar correctamente. Tareas como:

- Recepción de mercancías: la materia prima es manipulada por el departamento de compras hasta el almacén.
- Preparar pedidos enviados por diversos servicios o centros médicos para su posterior distribución.

- Realizar control de inventarios, control de inventarios, control de fechas de vencimiento. El asistente administrativo es uno de los eslabones clave para que este complejo mecanismo funcione correctamente y es responsable de gestionar tanto la entrada como la salida de materias primas y/o consumibles.
- Gestionar administrativamente los flujos de materiales y productos.
- Controlar el inventario en su almacén o centro de distribución.
- Asistir en el manejo de entrada y salida de mercancías bajo la dirección del responsable de almacenamiento y/o logística, que son algunas de las funciones auxiliares administrativas en esta área.

Por entrega nos referimos a un conjunto de actividades encaminadas a entregar materiales a un almacén o almacén y prestar servicios de limpieza. Hay 2 tipos diferentes de consumibles:

- Almacén interno: Son las mercancías que se recogen en el almacén y se distribuyen a los diferentes departamentos junto con los materiales necesarios para el desarrollo de las actividades de apoyo.
- Entrega externa: son mercancías entregadas en el almacén, recibidas de muchos proveedores de alimentos diferentes para su adquisición interna. Estos factores se pueden dividir en 3 grupos:

1. Materiales antihigiénicos: Incluye, pero no se limita, materiales de mantenimiento y renovación, herramientas y materiales, vajillas y menaje, bebidas, alimentos y bebidas, así como el servicio al huésped del hotel, productos de limpieza, artículos de tocador, etc. También incluye ropa interior, vestuario, lockers para pacientes encamados y uniformes del personal hospitalario. Otros materiales incluidos en este apartado pueden ser: papelería, papelería, imprenta y consumibles informáticos (tinta, tambor).

2. Materiales médicos: material quirúrgico, materiales de sutura, grapadoras, hilos, clavos, materiales compuestos óseos, cemento óseo, alambre, tuercas. Además, insumos comunes, apósitos, gasas, gasas, tiritas, vendajes, sondas, jeringas, catéteres, materiales de succión, bolsas, guantes, grupos de control de líquidos, accesorios de diagnóstico por rayos X (placas, marcos, cintas, pociones, fijadores)... , materiales de laboratorio (pipetas, cubetas, tubos de ensayo, tubos de ensayo).

3. Otros materiales: sustancias radiactivas, cobalto, isótopos. Revistas oficiales, periódicos, publicaciones, revistas científicas, libros de derecho. Suministro de agua, gas, electricidad, combustible para calefacción, luces fluorescentes, consumo eléctrico. Dependiendo del tipo de aplicación, estos materiales se pueden dividir en reemplazables y duraderos. En primer lugar. Suministros consumibles. Se trata de consumibles que se desgastan con el tiempo y, por tanto, es necesario

sustituirlos. Por ejemplo: suministros de hotelería, bebidas, alimentos, artículos de tocador, materiales de rayos X, cinta adhesiva, cristalería, material de laboratorio, papelería, etc. Se pueden dividir en:

- Desechables: (desechables), mascarillas, guantes, agujas, jeringas.
 - Reutilización: Son elementos que deben eliminarse después de su uso para que sean aptos para su reutilización (por ejemplo, ropa de cama, uniformes, consumibles, equipos de laboratorio (frascos, vasos, pipetas), cubos), algunos productos de limpieza. Se pueden reutilizar después de la esterilización.
 - Bienes perecederos: productos que deben consumirse antes de su fecha de caducidad (por ejemplo, vacunas, medicamentos, material estéril).
2. Material duradero. Este material no está sujeto a desgaste durante su uso (por ejemplo, camas, sillas, mesas, electrodomésticos, computadoras, teclados, gabinetes y otros materiales utilizados pero no sujetos a desgaste).

5 Discusión-Conclusión

El abastecimiento de hospitales generales y centros médicos depende del excelente trabajo del departamento de abastecimiento. En particular, el auxiliar administrativo encargado del almacén, que desempeña un papel fundamental en el normal funcionamiento de los productos sanitarios y, más ampliamente, en la buena gestión sanitaria, es el responsable de detectar los posibles errores que puedan producirse en la mercancía recibida. Con una buena logística y gestión de suministros, podemos brindar buenos servicios a los pacientes y usuarios del hospital. Por ello pretendemos potenciar las funciones del departamento de compras como elemento clave de la gestión sanitaria y en particular el papel del auxiliar administrativo responsable de esta área.

6 Bibliografía

1. Experiencia laboral www.revistamedica.com
manual básico del auxiliar administrativo

Capítulo 516

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES ADMINISTRATIVAS EN URGENCIAS

BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ

ADRIANA INMACULADA MARTIN PALOMINO GON-
ZALEZ

LORENA SORIANO ALARCON

MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ

1 Introducción

Los servicios de las urgencias tienen como finalidad la prestación de la atención sanitaria urgente o emergente a los usuarios que la soliciten, en el tiempo correcto, con los recursos humanos y técnicos proporcionales para satisfacer las necesidades de los ciudadanos.

Es necesaria y precisa, para un buen desarrollo de la actividad asistencial, la colaboración de todos, y cada uno de los profesionales de la sanidad y usuarios, para hacer un uso correcto y adecuado, sin abusar o colapsar de los servicios en función de los recursos del sistema y de acuerdo con las necesidades de salud, evitando situaciones de uso poco responsables o abusivas, que entorpezcan el funcionamiento de dichos servicios.

El Servicio de Urgencias Hospitalario, es una unidad, que por norma general se encuentra ubicada en el hospital y está especializada en la atención de todos los

ciudadanos que requieran o demanden asistencia urgente, con capacidad para ordenar su ingreso en una planta de hospitalización, trasladarlo a otro nivel asistencial o proceder a su alta al domicilio.

En este caso, nos vamos a centrar en el papel fundamental que tienen en los servicios de urgencias hospitalarias los trabajadores no sanitarios, celadores, auxiliares administrativos, auxiliar administrativo y profesional de gestión y servicios generales.

2 Objetivos

- Mostrar la importancia del profesional auxiliar administrativo en los servicios de las urgencias hospitalarias.
- Enumerar y explicar las funciones del auxiliar administrativo en los servicios de las urgencias hospitalarias.

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 unidad de Admisión estará ubicada en la entrada de la puerta del servicio de Urgencias del hospital, a fin de recibir al enfermo, registrar su entrada y salida, y distribuirlo a la consulta o Servicio que corresponda.

El servicio de Admisión de urgencias puede actuar de dos maneras:

- Como oficina delegada durante el día.
- Como Unidad Central de Admisiones en festivos, noches, etc.

Son funciones específicas del servicio de Admisión de urgencias por parte del profesional administrativo:

1. Recepcionar y registrar a los enfermos: Registrando los siguientes datos:
 - Nombre y apellidos del enfermo.
 - Números de DNI y Tarjeta Sanitaria.

- Medio de acceso. Indicando quién lo remite a urgencias: médico de cabecera, especialista, iniciativa propia y autoridad.
- Servicio que estará encargado de atenderle.
- Número de orden.
- Teléfonos de contacto.
- Motivo de la utilización del servicio de urgencias.
- Fecha y hora de ingreso.
- Entrega de pegatinas para el informe y pulsera identificativa.

2. Las actividades más relevantes de admisiones de hospitalización por parte del profesional administrativo son:

- Localizar en el archivo de historias clínicas las historias de los enfermos que van a ser objeto de ingreso.
- Registrar los datos administrativos, tanto en soporte manual como informático.
- Confeccionar a diario y mantener actualizado constantemente la "planilla" de situación de enfermos.
- Proceder al recuento diariamente de los movimientos de altas e ingresos para que se corresponda la información de la planilla con la ocupación real de las plantas.
- Impresión de listados diarios de ingresos y altas.
- Entrega de justificantes médicos de estancia en Hospital del enfermo y de sus familiares.

3. Por otra parte, una de las principales funciones del auxiliar administrativo es la "comunicación".

- El auxiliar administrativo debe desarrollar la empatía, para evitar discusiones y hacer llegar el mensaje que se quiera enviar con la máxima claridad posible.
- El auxiliar administrativo deberá tener en cuenta las circunstancias por las que atraviesan los enfermos y sus familiares, dirigiéndose siempre hacia ellos con respeto.
- Es conveniente el uso de un lenguaje educado, sobre todo cuando el enfermo o sus familiares se encuentren nerviosos o alterados.
- La información que un auxiliar administrativo será lo más completa posible, excepto aquella relativa a la enfermedad del enfermo. Está obligado a guardar el secreto profesional de todo lo que conozca a causa del ejercicio de su profesión.

5 Discusión-Conclusión

Aunque, con frecuencia, permanecen en un segundo plano, los profesionales administrativos, auxiliar administrativo, y profesional de gestión y servicios supo-

nen una pieza clave en el complicado engranaje de las urgencias hospitalarias, complementando la inestimable labor del profesional sanitario.

Tras la investigación realizada se destaca la importancia que tiene el trato que se le da al usuario o paciente, en cuanto al uso de sus datos correctamente, además, de un trato de empatía y el saber respetar su situación, así como el obligado deber de guardar el secreto profesional, en todo lo relativo al paciente y su situación.

6 Bibliografía

1. Essaeformacion.com (2019). Funciones del auxiliar administrativo de urgencias.
2. Ocronos. Revista médica y de enfermería (2019). El auxiliar administrativo de la salud en el servicio de admisiones. Gema María Rivilla Juárez.
3. www.auxiliaradministrativoesonline.blogspot.com (2019). Actuación del auxiliar administrativo en el servicio de urgencias.
4. Comunidad de Madrid. (2020): Atención -urgencias- emergencias-sanitarias.

Capítulo 517

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y POSIBLES ENFERMEDADES A SUFRIR TRABAJANDO EN UN CENTRO SANITARIO Y SUS CAUSAS

ANA BELEN FERNANDEZ ALONSO

ROCIO NAVARRO CUTANDA

LAURA MONTERO NIEVES

PILAR CÓRCOLES LOZANO

MARÍA JESÚS LÓPEZ CARCELÉN

1 Introducción

En todos los trabajos el trabajador siempre está expuesto a poder sufrir una lesión , accidente o enfermedad laboral debido a la práctica de su labor en concreto. Una enfermedad profesional o laboral la definiremos como aquella que el trabajador sufre por consecuencia del desarrollo o la acción de realizar un trabajo por cuenta ajena, dentro de sus funciones que le corresponden en su trabajo específico.

Siempre dependiendo del trabajo que dicho trabajador realice , este estará mas expuesto a unas enfermedades que a otras por lo que en nuestro tema a tratar acerca del auxiliar administrativo que trabaja en un centro sanitario serán enfermedades concretas o específicas de esa profesión en cuestión.

Por ello en nuestro tema a desarrollar hablaremos de posibles enfermedades a padecer o sufrir por este personal administrativo específicamente en el desarrollo de sus tareas en un centro sanitario.

Aunque podamos pensar que el trabajo de auxiliar administrativo está prácticamente exento de poder sufrir accidentes o que apenas pueda parecer que supone ningún riesgo para la salud del trabajador, como todos los trabajos tiene sus propios riesgos y diversos factores o circunstancias que pueden afectar a la integridad del trabajador así como afectar al desarrollo de sus tareas diarias , mas adelante veremos también cuáles podrían esos factores que afectan al auxiliar administrativo en su centro de trabajo.

2 Objetivos

- Conocer las posibles enfermedades que puede sufrir el auxiliar administrativo que trabaja en un centro sanitario
- Exponer los factores o causas provocan estas enfermedades

3 Metodología

Para elaborar nuestro trabajo de grupo hemos buscado información en varias páginas webs relacionadas con el tema a tratar.

También hemos utilizado el buscador Google académico añadiendo palabras claves como enfermedad laboral y auxiliar administrativo y para finalizar hemos utilizado nuestro manual básico del auxiliar administrativo para completar todavía mas si cabe nuestro trabajo.

4 Resultados

Como personal laboral de un centro sanitario , el auxiliar administrativo se encuentra expuesto a poder sufrir diversas enfermedades siempre relacionadas con el desarrollo de sus tareas diarias que podrán ser muy diferentes o parecidas a las que pueda sufrir otro personal laboral que también trabaja en el mismo centro pero cuyas funciones son totalmente diferentes a las realizadas por el auxiliar administrativo.

A continuación podremos ver las enfermedades profesionales mas habituales sufridas por este personal, y las causas mas comunes que las provocan:

Lumbalgia: esta enfermedad afectará a la espalda del auxiliar administrativa y normalmente las causas principales serán el exceso de tiempo que pasa este personal sentado y las malas posturas que adopta mientras se encuentra trabajando
Cervicalgia: esta enfermedad afectará a la parte del cuello del trabajador, la cual será bastante molesta y dolorosa , la principal causa de poder sufrirla será la de las malas posturas que adopte el administrativo sentado frente al ordenador o realizando sus tareas propias.

Síndrome del túnel carpiano: esta enfermedad afectará a la mano del auxiliar administrativo siendo muy molesta para desarrollar su trabajo. La causa o factor principal de su aparición será la de los movimientos continuados y repetitivos de utilizar tanto el teclado como el ratón del ordenador.(extensión e hipertextension de la muñeca)

Lesiones musculares: enfermedad relacionada con los músculos en general , principal causa la poca ejercitación de estos durante la jornada laboral así como movimientos repetitivos de los mismos músculos continuamente.

Enfermedades cardiovasculares y obesidad: enfermedad relacionada con el corazón y el sobrepeso. Las principales causa que puedan provocar estas enfermedades en el auxiliar administrativo podrían ser la del sedentarismo, pues su jornada laboral será prácticamente sentados y sin apenas moverse o ejercitar los músculos

Síndrome del ojo seco: enfermedad o molestia que afectara a los ojos del trabajador. La causa principal será la larga exposición del ojo a pantallas, computadoras.

Coronavirus 19: afectará a la salud de forma muy general, muy parecida a una gripe produciendo tos, fiebre, cansancio etc. la principal causa realmente no se sabe cuál es, pero trabajando este personal en un centro sanitario, pues estará mas expuesto a poder sufrirla.

Estrés laboral: esta enfermedad afectará al ánimo y actitud del trabajador y será muy común, la principal causa será la excesiva carga de trabajo que este personal lleva a cabo diariamente.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo de auxiliar administrativo no es un trabajo muy físico y o duro por condiciones climatológicas por ejemplo, pero sí que lo es debido a su excesiva repetición, sedentarismo y psíquico.

Durante su jornada laboral este personal, pasará largas horas sentado realizando tareas muy monótonas así como moviendo continuamente las mismas partes del

cuerpo, y sin apenas moverse de la silla , por lo que estará expuesto a factores que puedan causarle el poder sufrir alguna enfermedad anteriormente mencionada. Sería aconsejable que este personal estuviera bien formado y preparado en cuestión de enfermedades laborales, para así poder conocerlas perfectamente y poder combatirlas o intentar evitarlas en la medida de lo posible ., introduciendo cambios o mejoras durante su jornada laboral.

El auxiliar administrativo de un centro sanitario deberá adoptar medidas preventivas para evitar poder sufrir ciertas enfermedades laborales.

6 Bibliografía

www.revistamedica.com

Google

Manual básico del auxiliar administrativo <https://transparencia.aragon.es>

<https://acis.sergas.gal>

www.riojasalud.es

Capítulo 518

LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE, TRATO Y TRATAMIENTO POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

ANA BELEN FERNANDEZ ALONSO

ROCIO NAVARRO CUTANDA

LAURA MONTERO NIEVES

PILAR CÓRCOLES LOZANO

MARÍA JESÚS LÓPEZ CARCELÉN

1 Introducción

Todo paciente que acude a un centro sanitario u hospitalario y es visitado o atendido por profesionales facultativos, irá generando una serie de datos relativos a sus asistencias y a su estado de salud, todos estos documentos generados por dicho paciente serán almacenados y guardados ya sea en papel o de manera digital, generando así como lo que se conoce como historia clínica del paciente .

Estos datos generados siempre por un médico ayudarán a poder tratar al paciente cuando acude al centro en ese momento o en futuras ocasiones, pues toda la información generada por anteriores visitas siempre estará guardada, lo cual facilitará o supondrá un adelanto para el médico saber de la salud y el trato recibido por este paciente en anteriores visitas al centro sanitarios.

Aunque la historia clínica de los pacientes sea generada por el médico en cuestión, el auxiliar administrativo será un personal que tendrá acceso a dichos documentos, siempre con mucha precaución y cautela, pues la ley de protección de datos es muy clara y tajante ante el tratamiento de estos, puesto que los datos relativos a la salud del paciente serán totalmente confidenciales a efectos de la ley.

La historia clínica del paciente respecto a sus atenciones y aspectos relacionados sobre la salud del mismo solo podrá ser tratada por el médico, el paciente solo podrá modificar o tratar dicha historia mediante el auxiliar administrativo sobre los datos personales o domiciliarios .

En este trabajo vamos a explicar como el auxiliar administrativo se encargara de tratar la información de la historia clínica de los pacientes

2 Objetivos

Conocer los principios básicos y el tratamiento de la historia clínica por parte del auxiliar administrativo

3 Metodología

En la realización de nuestro trabajo hemos buscado información relacionada con la historia clínica sanitaria, así como información sobre la labor y funciones del auxiliar administrativo en un centro sanitario.

También hemos aportado nuestra experiencia profesional en el sector sanitario, pues varias componentes a día de hoy trabajamos en centros hospitalarios como auxiliares administrativos.

4 Resultados

La historia clínica de un paciente está compuesta única y exclusivamente por datos personales del paciente así como datos asistenciales relativos a la salud del mismo.

En la parte relativa a la salud del paciente en su historia clínica podremos encontrar, pruebas diagnósticas realizadas, así como valoraciones médicas de los facultativos que hayan atendido a dicho paciente, así como todos sus antecedentes médicos .

En la parte relativa a sus datos personales, pues encontraremos como su buen nombre indica sus datos personales desde su nombre hasta el domicilio o teléfono particular.

Siempre habrá que respetar con total confidencialidad los datos del paciente ya sea por parte de equipo sanitario como por parte del personal administrativo.

El tratamiento de los datos sanitarios por parte del auxiliar administrativo se realizará según los siguientes principios básicos de actuación :

- Lealtad, y transparencia.
- Limitación de la finalidad: no se utilizarán para ningún otro fin que no sea el sanitario .
- Minimización: solo pediremos o incluiremos los datos estrictamente necesarios.
- Exactitud. Plasmaremos en la historia clínica lo que realmente es, nada de dudas .
- Limitación del plazo de conservación: las historias clínicas permanecerán durante un periodo establecido por ley, incluso cuando el paciente muera.
- Integridad y confidencialidad. El auxiliar será una persona que tratara con respeto los datos y jamás dirá o hará ningún comentario.

Un derecho del paciente será el de poder ver su historia clínica, algo que el auxiliar administrativo podrá mostrarle, pues es uno de los requisitos fundamentales de la ley de protección de datos .

La historia clínica del paciente aparte del propio paciente poder revisarla, también tendrán acceso tanto el equipo sanitario como el auxiliar administrativo para labores puramente laborales y en casos extremos investigadores o tribunales de justicia.

En la historia clínica pueden aparecer anotaciones u observaciones del facultativo, información que no debería mostrarse al paciente, pues no es una información exacta ni cierta, tan solo son datos o pista a seguir por parte del médico, que no tiene por qué conocer el paciente.

5 Discusión-Conclusión

En un centro sanitario es de vital importancia que el personal auxiliar administrativo sea muy conocedor de la ley de protección respecto al tratamiento de la historia clínica de pacientes.

Tanto la información personal como la sanitaria será absolutamente confidencial por lo que así será tratada por el personal administrativo.

El auxiliar administrativo será un mero escribiente en el trato de la historia clínica

, en caso de tener que rellenarla se limitara a lo estrictamente necesario, si excederse en pedir información y poniendo lo necesario ni mas ni menos.

El correcto trato por parte del administrativo será básico para la seguridad, confianza y privacidad del paciente que acude al centro sanitario.

6 Bibliografía

Manual básico del auxiliar administrativo

Google www.revistamedica.com

<https://sanidadcastillalamancha.es>

www.aepd.es

www.senado.es

experiencia profesional

Capítulo 519

EL CELADOR Y LAS MOVILIZACIONES EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO EN CASO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

FRANCISCO JAVIER GONZÁLEZ LÓPEZ

MARIA LUISA MONEDERO IZQUIERDO

RUBÉN SANTACRUZ GALLEGO

MARÍA DEL MILAGRO GALLEGO CASTILLA

LUCIA GONZALEZ ROMAN FERNANDEZ CAÑADAS

1 Introducción

Para comenzar, es necesario conocer las diferencias entre urgencia y emergencia, para lo que utilizaremos las definiciones que nos ofrece la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS define emergencia como “aquel caso en que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos”, por otro lado, una urgencia es una situación que precisa atención inmediata, pero que no amenaza de forma inminente la vida de la persona y que generalmente no necesitan un tratamiento inmediato. No obstante, una urgencia debe ser atendida en un periodo corto de tiempo. Lo común en estas situaciones es que en ellas siempre es necesaria la actuación de numerosas personas y medios que aseguren los siguientes aspectos:

- La cadena detección-alarma: cualquier persona que detecte una urgencia o emergencia debe poder transmitir la situación y poder comunicarse de manera efectiva con los servicios de emergencia, centralitas, recepción, etc.
- La valoración de la gravedad y movilización de equipos internos: debe asegurarse el aviso a una persona entrenada que pueda evaluar la emergencia y movilizar a los equipos necesarios para la intervención según la gravedad.
- El aviso, recepción e información de las ayudas externas: debe asegurarse la comunicación de la emergencia a los equipos de ayuda externos, así como el envío de una persona al acceso del edificio que reciba, informe y acompañe a los responsables del equipo.
- La evacuación: se le debe dar una relevancia especial por sus especiales connotaciones.

Cuando nos toca actuar fuera del medio hospitalario debemos tener en cuenta que el acceso a los medios y recursos no será el mismo. No es lo mismo trabajar en un hospital que atender una urgencia o emergencia en la vía pública, en un domicilio, o desde un centro de salud. Velar por la seguridad del paciente y la nuestra va a condicionar nuestra forma de trabajar, valorar los riesgos potenciales de cada situación y establecer prioridades.

Uno de los primeros pasos a tener en cuenta es movilizar al paciente desde donde se encuentra hasta un lugar seguro donde poder asistirle, de manera que las maniobras de movilización en el medio extrahospitalario tienen unas consideraciones especiales. Por ello nos hemos planteado realizar este trabajo, y dar respuesta a las principales consideraciones que tenemos que tener en cuenta como celadores que actúan ante una urgencia o emergencia en el medio extrahospitalario.

2 Objetivos

- Describir las principales áreas de trabajo en el medio extrahospitalario.
- Conocer las técnicas de movilización en el medio extrahospitalario.
- Exponer las diferentes posiciones terapéuticas.

3 Metodología

Se han consultado numerosos documentos, así como guías entre los que se encuentran guías de actuación relacionadas con el tema, a través del buscador Google Académico y a través de búsqueda libre por otras páginas de interés para poder dar respuesta a los objetivos planteados en este trabajo.

4 Resultados

Con respecto espacios de intervención y actuación del celador, es importante recalcar, el que el celador se podrá encontrar con situaciones en las que se priorice valorar y atender al paciente in situ para estabilizarlo, realizando su traslado posteriormente.

- **DOMICILIO:** unas de las áreas de actuación más frecuentes de actuación extrahospitalaria. Es importante conocer la ubicación exacta del domicilio, así como las infraestructuras del mismo (difícil acceso). Se debe valorar si el traslado del paciente debe realizarse en camilla, silla de ruedas, o con cualquier otro dispositivo. Por otro lado, atender al paciente en el domicilio, ofrece una mayor intimidad para prestar asistencia, así como el acceso a información médica útil o presencia de familia y amigos.

- **VÍA PÚBLICA:** puede ser una calle dentro de la ciudad, una carretera, en una autopista, etc. Suelen ser las localizaciones más frecuentes cuando se atienden a los pacientes que son víctimas de traumatismos. Estas intervenciones pueden estar influidas por las condiciones meteorológicas, acceso complicado o víctimas atrapadas por lo que es fundamental la coordinación con otros equipos de intervención como pueden ser los bomberos u otros cuerpos de seguridad. La forma de movilización va a depender de la patología que presente la víctima.

Especial mención requiere, el entorno rural, que en ocasiones presentan accesos difíciles, no pudiendo acceder por transporte sanitario terrestre, y requiere la presencia del helicóptero.

Los métodos para el traslado de los enfermos estarán en función de su dolencia. Lógicamente lo idóneo sería trasladar a los enfermos en su propia cama o en sillas de ruedas, pero normalmente esto no es posible. Los tipos de movilizaciones más comunes en medio extrahospitalario son:

- **Al HOMBRO:** como su propio nombre indicia, se colocará a la víctima sobre el hombro, pasando su brazo alrededor.

- **En BRAZOS:** se trata de una técnica útil en el caso de aquellas personas que no sean corpulentas, estén conscientes, y no puedan caminar, siempre y cuando no exista una lesión grave. Se coge a la persona, poniendo una mano debajo de sus rodillas de manera que sostenga las piernas y la otra alrededor de su espalda, sosteniendo el peso del tronco; la persona puede pasar sus brazos alrededor del cuello del celador si se siente más seguro.

- **A la ESPALDA:** esta técnica se utiliza cuando la víctima esté consciente, ya que necesitamos su colaboración para sujetarse con sus brazos alrededor del cuello del celador. Técnica: se coloca a la persona sobre la espalda a caballo.

- **ARRASTRE:** técnica útil cuando la persona es corpulenta y el lugar donde se haya producido el accidente sea de difícil acceso. Técnica: se puede efectuar por las axilas, los pies, utilizando objetos como mantas o sábanas, e incluso atando las muñecas de la persona con un trapo y deslizándonos a gatas, colocándonos a horcajadas sobre la víctima y sus manos en nuestro cuello.
- **Con SILLA:** se utiliza en pacientes conscientes y no válidos, y mejor entre dos personas. Técnica: el celador cogerá los antebrazos de la persona, pasando ambas manos por debajo de las axilas y otro celador, cogerá a la víctima por las rodillas. Se sujetará a la víctima mediante las correas de las sillas en caso de ser necesario.
- **En CAMILLA DE CUCHARA:** técnica que permite al celador retirar a la víctima del suelo y que se encuentra indicada para traumatismos cráneo-vertebrales, de la pelvis y/o de los miembros inferiores. Técnica: o Colocar la camilla de cuchara junto al paciente y adaptarla a la talla de la persona. o Abrir la camilla y situar ambas mitades, a ambos lados del cuerpo. o Un celador 1 se ocupará del cuello y la cabeza, mientras que el otro celador, de manera conjunta, volteará lentamente hacia un lado el cuerpo de la víctima e introducirá la mitad de la camilla bajo su espalda. Posteriormente se repetirá el proceso con la otra mitad. Debemos tener en cuenta que, en función de la patología atendida, unas posiciones serán más adecuadas que otras (posiciones terapéuticas):
- Paciente sin alteraciones ventilatorias, circulatorias o neurológicas: Decúbito supino/Fowler.
- Paciente con insuficiencia respiratoria de origen pulmonar: Fowler/Semifowler
- Paciente con insuficiencia cardíaca o edema agudo de pulmón: Fowler con pies colgando
- Paciente con bajo nivel de consciencia sin posibilidad de aislar la vía aérea: Posición lateral de seguridad
- Paciente traumatizado: Decúbito supino a 180 grados con cabeza y tronco alineado
- Pacientes con patología de médula espinal: Trendelenburg
- Hipotensión y shock: Trendelenburg
- Hipertensión intracraneal: Antitrendelenburg
- Embarazada tercer trimestre: genupectoral. Decúbito lateral izquierda

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido observar, el medio extrahospitalario, durante una urgencia o emergencia, tiene una serie de peculiaridades que debemos de tener en cuenta, sin perder nunca de vista la seguridad tanto del paciente como la nuestra propia

a la hora de desempeñar nuestro trabajo. Suele ser habitual, tener que realizar nuestro trabajo en colaboración con otros equipos de intervención en urgencias y emergencias, como pueden ser los cuerpos de seguridad del estado o patrullas de bomberos, por lo que en estos casos la coordinación entre todos es de vital importancia para que la situación se resuelva del mejor modo posible.

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. Formación Alcalá ¿Qué hacer en caso de..? ISBN: 978-84-1323-961-3
3. Evacuación y traslado de pacientes. Ciclo formativo en emergencias sanitarias. Ministerio de Educación. ISBN: 978-84-369-5028-1

Capítulo 520

CLIMATIZACIÓN EN EL HOSPITAL. EL IMPORTANTE PAPEL DE LOS ELECTRICISTAS

DAVID NAVARRO SAN JULIAN

ADRIAN GONZALEZ LASSO

1 Introducción

La unidad fancoil o fancoil es una unidad agua-aire. Por lo general, un kit fancoil no es más que un dispositivo formado por una batería o intercambiador de calor (serpentín) y un ventilador (ventilador). Su tamaño compacto, ocupando muy poco espacio, los convierte en una alternativa muy demandada. A menudo se pueden encontrar tanto en locales residenciales como en tiendas y otros establecimientos de servicios, especialmente los grandes. Tienen una carcasa exterior con una rejilla de entrada de aire y una rejilla de escape.

Existe dos tipos: los de dos tubos y los de cuatro tubos:

Fan coil de dos tubos: Dispone de tubería de impulsión o distribución y tubería de retorno. Las tuberías proporcionan agua fría o caliente según la temporada. Pueden proporcionar calor o frío al mismo tiempo, pero no ambos al mismo tiempo. Su costo no es alto.

Fan coil de cuatro tubos: Dispone de dos conductos de impulsión y dos conductos de retorno. Cada circuito funciona de forma independiente por lo que pueden generar calor y frío al mismo tiempo. Su uso está asociado a una gran comodi-

dad. Este tipo de ventilador se suele utilizar en grandes superficies como oficinas, hospitales, supermercados, etc. Su costo es mayor.

En cuanto a la disposición, también los hay de muchos tipos diferentes: se pueden colocar en la pared, en el suelo, en el techo...

Los fancoils no son los más vendidos en España, pero sí muy demandados en otros países europeos. En países como Francia e Italia, se estima que el 14 % y el 30 % de los acondicionadores de aire vendidos son unidades fancoil, respectivamente. Su uso también es común en muchos países de Europa del Este.

2 Objetivos

Estudiar la climatización de un centro hospitalario.

Establecer las condiciones de contorno tanto térmicas como impuestas por la Ley para el ajuste eficiente de las instalaciones.

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

La unidad fancoil es una unidad de aire acondicionado que se instalará en diferentes áreas del hospital según diferentes características. Estos fancoils se instalarán en estancias donde la carga térmica no sea muy elevada. Esto puede estar relacionado con la orientación, el tamaño de la habitación e incluso las condiciones de uso. Los lugares donde se colocan fancoils no requieren una preparación de aire complicada. Estas unidades de aire acondicionado están ubicadas a tres metros sobre el suelo, en falsos techos. La instalación de este dispositivo es muy beneficiosa, ya que no solo se produce el aire para el aire acondicionado directamente en él, sino que las condiciones de salida en cada habitación se pueden ajustar independientemente de las otras habitaciones. Los ventiloconvectores están alimentados por cuatro tubos, dos de los cuales van al accionamiento y los otros dos al agua fría y caliente.

Uno de los factores que hay que tener en cuenta a la hora de instalar unidades fancoil en diferentes estancias es que deben proporcionar no solo cargas latentes, sino también cargas sensibles incluso en temporadas desfavorables, en invierno y verano.

Estas unidades fancoil han sido seleccionadas según los criterios de máxima eficiencia y mayor comodidad para el personal hospitalario. KY42 es el más adecuado para acondicionadores de aire de hospitales debido a su difusión óptima con efecto Coanda, confort interior, calidad del aire, capacidad de respuesta y personalización del sistema, bajo consumo de energía, confort acústico, diseño y facilidad de mantenimiento.

Por otro lado, utiliza un aire acondicionado que realice las mismas funciones que un fancoil, pero que esté orientado a habitaciones donde se requieran cargas pesadas, como pasillos o bares, o los sistemas de aire acondicionado que no gasen sean más complejos. como en el quirófano. Los acondicionadores de aire son aparatos que se instalarán no solo en estancias donde se requiera una filtración de aire específica, sino también en estancias con mayores cargas por factores como la orientación, el tamaño o las condiciones de uso.

Los locales en los que se van a instalar los climatizadores debido a que el aire necesita ser tratado son los mostrados a continuación:

☒ Quirófanos.

☒ Hall entrada.

☒ Bar-Gourmet.

Hay que tener en cuenta muchos factores a la hora de elegir un acondicionador de aire, no solo la capacidad y el flujo, sino también el tamaño de la habitación. Dependiendo de sus necesidades de refrigeración y calefacción, puede calcular los flujos de retorno, escape y ventilación necesarios para cada habitación para que pueda elegir el que mejor se adapte. Para garantizar una buena circulación de aire en la habitación, la cantidad y el tipo de difusores se seleccionan en función del tamaño de la habitación.

Como se mencionó anteriormente, los acondicionadores de aire se instalarán en habitaciones con mayores cargas de calor o donde se requiera un manejo de aire más complejo. En este caso, estamos hablando del aire acondicionado colocado en el quirófano.

Deben caracterizarse por tener un aire comprimido de buena calidad y estos acondicionadores de aire irán equipados con una serie de filtros para conseguir una mejor calidad del aire y evitar la contaminación del aire suministrado al quirófano o la falta de limpieza.

5 Discusión-Conclusión

Según la OMS, los principales sistemas para el funcionamiento de una organización de salud son las instalaciones eléctricas, de plomería, de comunicaciones, de aire acondicionado y de vapor, los cuales son considerados esenciales para la vida de cualquier casa médica, pues sin ellos es imposible imaginar su trabajo. Operación adecuada.

De todos los dispositivos utilizados para dar servicio a los hospitales, el aire acondicionado combinado con la ventilación es el que consume más energía y ofrece el mayor potencial para mejorar la eficiencia energética. Los sistemas de ventilación y aire acondicionado para hospitales y clínicas han sido diseñados de acuerdo con los estándares ASHRAE, que definen las condiciones del aire interior, la humedad relativa y el confort térmico.

En algunas habitaciones, el valor de ventilación es demasiado alto para la carga de refrigeración, ya que la norma asume que el 100 % de todas las áreas críticas son aire interior renovable.

6 Bibliografía

<https://www.airzone.es/blog/climatizacion/que-es-un-fan-coil-y-como-funciona/>

<https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/10232/1/UPS-CT005381.pdf>

http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/119612/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Temario Ope Sescam Electricista 2023

Capítulo 521

LOS PROBLEMAS DE LA VOZ EN LOS/AS TELEFONISTAS. CONSIDERACIÓN DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

MARÍA DEL ANGEL RODRÍGUEZ COLADO

DOLORES PÉREZ FERNÁNDEZ

PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ

ALICIA TALAYA NAVARRO

MARIA SOLEDAD BARBA ALFARO

1 Introducción

La voz proyectada o voz de trabajo es la que utilizamos para desarrollar correctamente nuestra profesión. En el caso de los/las telefonistas, se debe utilizar la voz de tal forma que llegue de forma clara y precisa al interlocutor, minimizando el esfuerzo y empleando la voz de forma adecuada.

En la actualidad, los esfuerzos y constantes de la voz por parte de los/las telefonistas provocan bajas por AFONIA que, son consideradas como una enfermedad profesional.

Esto es debido a la sentencia 369/2019, que dictó el Juzgado de lo Social número 11 de Bilbao.

Defendió el caso el sindicato CCOO.

La sentencia expone lo que manifiesta el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se consideran las enfermedades profesionales. Según ellas, los Nódulos en personas cuyo trabajo sea considerada la voz como instrumento de trabajo, como es el caso de los/las telefonistas. Teniendo en cuenta que la enfermedad surge por el uso obligado y continuo de la voz, debido al tipo de trabajo. El esfuerzo continuo de la voz en nuestra profesión, está reflejado en la Guía de Valoración

Profesional de la Seguridad Social.

Enfermedad Profesional, según el artículo 157 de la Ley General de la Seguridad Social, en adelante LGSS, se determina que es una enfermedad que surge o es contraída a consecuencia del trabajo que se realiza por cuenta ajena. No se incluye a los trabajadores por cuenta propia o autónomos.

2 Objetivos

Exponer la importancia de cuidar la voz para evitar problemas en los telefonistas del centro hospitalario.

3 Metodología

Se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:

Bases de datos utilizadas: Se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.

Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: telefonista, problemas de voz, ámbito sanitario, prevención, fatiga vocal, causas.

Criterios de inclusión: Fuentes bibliográficas que trataban problemas de voz de los telefonistas y prevención de la enfermedad. Criterios de exclusión: Se excluyen fuentes bibliográficas y artículos en castellano que tengan más de 10 años de antigüedad.

4 Resultados

Para comenzar, hay que considerar la relación que existe entre una profesión con una enfermedad profesional. Para ello, se necesita un estudio minucioso e individualizado de cada trabajador/a, esto será así hasta que no se establezcan

las normas para su detección como aparece en el Real Decreto 1299/2006 de 10 de noviembre.

En este punto, se establecen las vías para conocer las funciones y tareas, que tienen en cada puesto de trabajo; del mismo modo figuran las aptitudes y facultades psicofísicas que deben tener los trabajadores (telefonistas, en el caso que aquí nos ocupa), para desarrollar su actividad laboral. Los trastornos vocales se han asociado, principalmente a factores individuales del/ la telefonista. Estos problemas, también, se han considerado debido al género, y se olvidaban de como afectan los factores ambientales. Del mismo modo, se establecen los riesgos que se pueden derivar del desarrollo de esa actividad laboral. Es importante reseñar, que también se especifican las condiciones y el ambiente de trabajo, y como estos pueden afectar en el rendimiento del trabajador/a telefonista.

Se puede considerar un profesional de la voz, a todo aquel cuya profesión obligue al uso prolongado de ella, en su actividad laboral. El correcto funcionamiento de la voz está relacionado con factores físicos, emocionales, etc que influyen en el desarrollo laboral, en función de la exigencia vocal que el trabajo precise. Los/las telefonistas que tienen problemas vocales pueden llegar a sufrir incapacidad temporal o permanente para desempeñar su trabajo.

En el documento de la Seguridad Social, se consideran los nódulos de las cuerdas vocales debidos a esfuerzos continuados, diarios y prolongados de la voz; por motivo del trabajo. En este grupo de profesionales aparecen: telefonistas, maestros, músicos, cantantes, actores, locutores, etc. Esta es una lista abierta, a la que se pueden añadir otras profesiones en las que se constate que el uso de la voz en su puesto de trabajo, pueda desencadenar este tipo de problemas en las cuerdas vocales.

5 Discusión-Conclusión

La voz humana se produce en la laringe. La voz profesional, voz proyectada o voz de trabajo es la que utilizamos para desarrollar nuestra actividad profesional. En cuanto a los/las telefonistas, se trata de utilizar la voz de manera que llegue claramente al interlocutor. Se debe aprender a utilizar la voz de forma adecuada, sin forzarla. Los problemas que conlleva el mal uso de la voz, nos puede llevar a padecer múltiples patologías.

Los/las telefonistas, corremos el riesgo de sufrir una sobrecarga vocal y de contraer enfermedades laborales, debido a ello. El dolor o molestias al hablar, dificultad para mantener el tono o el volumen y ronquera persistente, son los problemas de la voz más frecuentes en los/las telefonistas. Al exhalar, el aire pasa por la gar-

ganta, a través de las cuerdas vocales, saliendo el aire por la nariz y la boca, este proceso se repite continuamente en nuestra jornada laboral.

En la actualidad entre un 5% y un 10% de la población, padece algún trastorno de la voz. La mayor incidencia de ellos está en la franja entre los 25 y los 45 años de edad. Se debe tener en cuenta que los problemas de la voz, son curables siempre y cuando se diagnostiquen a tiempo.

Entre el 70% y el 80%, se recuperan con rehabilitación vocal. En muchos casos se precisa la intervención de un foniatra y/o logopeda. En algunos casos, la lesión obliga a una intervención quirúrgica. La predisponía y la disfonía en pacientes de riesgo pueden ser señales de alarma para la detección precoz de enfermedades neurológicas, degenerativas e incluso oncológicas.

6 Bibliografía

- Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se Consideran las Enfermedades Profesionales.
- www.conceptosjuridicos.com
- www.encyclopediajuridica.com
- secursa.com
- Ley 31/1995 de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales
- Real Decreto 39/1997 DE 17 de enero, de Aprobación del Reglamento de los Servicios de Prevención

Capítulo 522

EL TELEFONISTA Y LA SONRISA EN LA COMUNICACIÓN TELEFÓNICA

MARÍA DEL ANGEL RODRÍGUEZ COLADO

DOLORES PÉREZ FERNÁNDEZ

ALICIA TALAYA NAVARRO

PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ

MARIA SOLEDAD BARBA ALFARO

1 Introducción

“La sonrisa no cuesta nada pero vale mucho”.

La sonrisa es una respuesta natural a un estímulo. Se debe tener en cuenta que no se aprende a sonreír, surge de una forma espontánea. Al sonreír, no generamos sentimientos negativos, por lo que se transmite posibilidad y buenas vibraciones. Siempre que sonreímos se relajan los músculos faciales y el sistema nervioso envía más oxígeno al cerebro. Del mismo modo, al sonreír se favorece la regulación de la presión arterial y se activa la circulación de la sangre. Todo ello, es debido a que al sonreír se segregan unas sustancias llamadas “ENDORFINAS” Estas sustancias, las endorfinas son hormonas que produce el cerebro generando bienestar y placer. Si las endorfinas están en un nivel bajo o nulo, se produce, en la persona, depresión y/o alteración emocional. Existen cuatro hormonas que determinan nuestro estado anímico: dopamina, oxitocina, serotonina y endorfina. Las cuatro,

en equilibrio dan como resultado la felicidad. Este equilibrio se trasmite en toda las actividades de la vida, y por supuesto en la realización de nuestro trabajo. Sonreír, no tiene contraindicaciones, todo en ella es positivo, tanto para el que sonríe como para el que recibe la sonrisa, aunque esta sea por teléfono

2 Objetivos

Exponer los beneficios y la importancia de la sonrisa durante la comunicación del telefonista del centro hospitalario.

3 Metodología

Se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado: Bases de datos utilizadas: Se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.

Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: telefonista, sonrisa, comunicación, actitud.

Criterios de inclusión: Fuentes bibliográficas que trataban de trabajo de los telefonistas y la sonrisa telefonica. Criterios de exclusión: Se excluyen fuentes bibliográficas y artículos en castellano que tengan más de 10 años de antigüedad.

4 Resultados

Se deben tener presentes que existen pruebas contrastadas que ponen de manifiesto que la sonrisa eleva el tono de voz, haciendo mas amigable y cercano. La sonrisa telefónica es la clave para enfrentarse a una llamada. Sentirse escuchado, al otro lado del teléfono es una garantía de confianza, un trato directo de tú a tú, es lo que trasmite más confianza y seguridad. Del mismo modo, que en una conversación cara a cara con algún desconocido, si sonríe nos sentimos más cómodos, al teléfono pasa lo mismo. La comunicación será más fluida, manteniendo una actitud positiva en la conversación. Es primordial, que la sonrisa sea sincera, no forzada y la amabilidad sea autentica, así el/la paciente sentirá la buena disposición con la que estamos trabajando. Una práctica útil y eficaz, que nos llevará a un buen resultado es: SONREÍR Y DESCOLGAR EL TELÉFONO.

Anteriormente, hemos indicado que la sonrisa eleva el tono de voz y, según algunos autores como Mehabian, profesor y psicólogo norteamericano, indican que el potencial de la comunicación, recae en un 38% ,en dicho tono. De esta forma,

no solo se debe cuidar lo que se dice, sino que también debemos cuidar la forma en que se dice. Es fundamental el buen manejo de las palabras y el tono de voz, en situaciones de crisis que pueden surgir, cuando el interlocutor (paciente o usuario), se altere por considerar que no se han cumplido las expectativas que le llevó a efectuar la llamada al hospital o centro sanitario.

Es cierto que nadie nos ha enseñado a comunicarnos con los/las pacientes, a establecer una relación positiva y de ayuda, ante todo en situaciones complicadas. Cada uno de los/las telefonistas hemos ido aprendiendo con la práctica y con la reducida documentación existente.

Es fundamental señalar, que el hecho de lograr una comunicación positiva eficaz con el/la paciente, es una competencia profesional que se aprende con el paso del tiempo. Se trata de un error pensar que son cualidades innatas, en los/las telefonistas. Es obvio, que si bien las cualidades previas ayudan, cualquier persona puede y debe aprender a mejorar sus relaciones personales y laborales, mediante la formación continua.

Es importante tener en cuenta, que para mantener una comunicación telefónica efectiva se debe tener una buena y positiva intención, ofrecer una información clara y concisa, tener una escucha activa y respetuosa, empatía, respeto; siempre acompañada de una sonrisa real (la que involucra los ojos, fundamentalmente, no solo la boca) y sincera.

5 Discusión-Conclusión

La sonrisa, aunque parezca mentira, se puede escuchar.

Es un error pensar que la sonrisa no se puede percibir a través del teléfono. No solo se siente, sino que además, es muy necesaria, pero eso sí debe ser una sonrisa sincera, nunca forzada.

La sonrisa telefónica, o la sonrisa que debe mantener el/la telefonista, es una técnica muy importante, se puede considerar básica en la actividad laboral del/la telefonista del sistema sanitario.

La sonrisa, cuando es auténtica, modifica, dulcifica y nos cambia la voz. La sonrisa es básica para lograr la personalización de la comunicación telefónica. La sonrisa llega a elevar el tono de voz, haciendo más amigable y cercano.

Durante la jornada laboral, debemos tener como costumbre sonreír al atender las llamadas telefónicas. Tenemos que tener presente que al sonreír, la voz se hace más fluida y permite empatizar con el paciente que está realizando la llamada. Así de este modo, la llamada es más efectiva y el paciente o usuario, terminará la llamada satisfecho y con una buena imagen del centro sanitario.

Es un hecho incuestionable que al sonreír no se pueden generar actitudes negativas. Por este motivo, al atender las llamadas telefónicas con una sonrisa, se transmite una actitud positiva al interlocutor. Aún cuando este se altere o llegue a increparnos no se debe perder la sonrisa y amabilidad, por parte del telefonista, esto llevará al paciente a tranquilizarse y a concluir la llamada con normalidad

6 Bibliografía

wikipedia.org. justificaturespuesta.com. formaciongcc.com prcomunicacion.com
ricopía.com>sonrisatelefónico

Capítulo 523

LA ESCUCHA ACTIVA AL TELÉFONO DURANTE EL TRABAJO DEL TELEFONISTA EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARÍA DEL ANGEL RODRÍGUEZ COLADO

DOLORES PÉREZ FERNÁNDEZ

ALICIA TALAYA NAVARRO

MARIA SOLEDAD BARBA ALFARO

PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ

1 Introducción

Se puede considerar la escucha activa como la técnica que nos hace comprender el mensaje que el interlocutor nos quiere transmitir. Se trata de conocer su estado de ánimo, si está contento, molesto, triste o enfermo. De esta forma, podremos empatizar con más facilidad con el paciente/usuario. La escucha activa es básica en el trabajo del/la telefonista, conocer mediante el tono de voz del interlocutor, sus pausas. Interpretar lo que el paciente/usuario, nos comunica sin decirlo abiertamente, atendiendo las señales que nos envía. Debemos tener en cuenta que para establecer una “escucha activa”, hay que tener una concentración en la llamada. Para ello, se emplearán expresiones del tipo: le entiendo, le comprendo.

Empleando frases como: tiene razón, estoy de acuerdo con lo que dice..., manifestamos que le estamos prestando a la atención requerida por el interlocutor. Del mismo modo, si no se ha entendido lo que nos quiere transmitir, se deben realizar preguntas del tipo: ¿me ha querido decir?

En la escucha activa es muy importante dejar hablar al interlocutor y expresar lo que solicita. Conseguir que el interlocutor se sienta confiado. Ayudarlo para que llegue a expresarse libremente, para ello debemos ponernos en su lugar, empatizar con él. Debemos hacer las preguntas que sean necesarias para comprender lo solicitado. Con estas preguntas ayudaremos al interlocutor y nos ayudaremos a nosotros mismos a dar la respuesta adecuada sin argumentar en exceso. - Escuchar atentamente, manifestando el interés por comprenderlo y dar la respuesta adecuada.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del telefonista del centro sanitario en la escucha activa durante su trabajo.

3 Metodología

Se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:

Bases de datos utilizadas: Se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.

Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: telefonista, escucha activa, empatía, asertividad, comunicación.

Criterios de inclusión: Fuentes bibliográficas que trataban de trabajo de los telefonistas y la escucha activa en el ámbito sanitario, Criterios de exclusión: Se excluyen fuentes bibliográficas y artículos en castellano que tengan más de 10 años de antigüedad.

4 Resultados

La comunicación telefónica implica hablar y saber escuchar. La “escucha activa”, implica mantener un diálogo prestando total atención e interés por lo que nos transmite el interlocutor. Es una forma de oír en la que el/la telefonista, mantiene un compromiso con el paciente/usuario.

Cierto es que, en la comunicación telefónica, no se puede contar con la comunicación gesticular, con las señales que nuestro cuerpo emite, pero se debe contar con ello. Se trata de un proceso, en el que se escucha, atentamente, mientras la otra persona habla. Cuando utilizamos la "escucha activa", se consigue que el interlocutor/a se sienta escuchado/a y valorado/a.

La "escucha activa", tiene como resultado en algunos casos, apaciguar situaciones incómodas o tensas. Mostrando un total interés por lo que nos dice el interlocutor, comprender a la otra parte. La empatía va de la mano de la "escucha activa". Con esta habilidad, resultará fácil entender las razones por las que el interlocutor expresa un determinado tema, sus problemas, dolores y expectativas, creando así un ambiente de trabajo humano y comprensivo.

La capacidad de escucha es primordial en el proceso de la comunicación telefónica, en la atención de los pacientes/usuarios, que utilizan este medio. En la "escucha activa", se pone en práctica la comprensión del lenguaje verbal y no verbal, para entender lo que pretende comunicar; la retención de los puntos clave del mensaje del interlocutor/a, empleando la memoria o tomando notas y, la respuesta al paciente/usuario, confirmando que se ha entendido su mensaje. El usuario percibe si somos capaces de ponernos en su lugar, comprendiendo lo que nos expone y procurando saber cómo se siente.

Por último, la "escucha activa", nos puede resultar muy útil, en aquellas llamadas en la que la respuesta debe ser negativa, en la que no se puede facilitar lo que nos solicitan, principalmente por la ley de protección de datos. En estos casos, la "escucha activa", minimiza la posible reacción negativa, incluso violenta del paciente/usuario.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, se puede decir que la escucha activa, te permite analizar la información que estamos recibiendo. Del mismo modo, facilita la comprensión de lo que nos han querido solicitar o comunicar y generar respuestas eficaces en torno a ella.

La "escucha activa", colabora en desarrollar la empatía, la capacidad de ponerse en el lugar de los otros, debido a una comunicación más efectiva. Resumir todo lo que nos han transmitido, hará que pongamos de manifiesto que todo ha sido escuchado y comprendido de una manera correcta. Como colofón final de la "escucha activa", es la respuesta correcta a lo que se ha solicitado. Escuchar, además, es una muestra de respeto hacia el interlocutor, como también es una habilidad para gestionarla la relación comunicativa, en este caso telefónica, con los demás.

La “escucha activa”, es una actividad que permite satisfacer necesidades cognitivas y de socialización a partir de unos recursos verbales y no verbales (la sonrisa y el silencio, por ejemplo), que tienen que ser interpretados para poder ser comprendidos. Crear un ambiente relajado de trabajo, es idóneo para que el mensaje fluya de forma libre. Si alguien (en este caso el/la telefonista), se considerara un buen comunicador, pero no sabe escuchar, tenderá a decir cosas que no interesan al interlocutor y no recibirá información que con una “escucha activa” recibiría. Por último, para finalizar la llamada telefónica con éxito, se debe hacer un resumen de todo lo hablado y solicitado, para que quede claro que todo ha sido escuchado (activamente) y entendido correctamente.

6 Bibliografía

- Manual para la Información y Atención al Usuario en el Servicio de Salud de Castilla La Mancha
- www.cesce.es>escucha-activa.
- biblioteca.itson.mx
- Agencia Comma
- www.equipostrytalento.com
- retóricas.com

Capítulo 524

LA FUNCION DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE ESTERILIZACIÓN

MARÍA JOSÉ ALFARO SÁNCHEZ

LORENA GONZÁLEZ TERCERO

LOURDES REDONDO SANTAMARÍA

MARIA JOSEFA JAEN GARCIA

MARIA CORTES CARREÑO LOSA

1 Introducción

La esterilización, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como "la técnica de saneamiento cuya finalidad es la destrucción de todas las formas de vida, aniquilando todos los microorganismos, tanto patógenos como no patógenos, incluidas sus formas esporulares altamente resistentes".

Existen numerosos microorganismos que pueden provocar infecciones en el ámbito hospitalario.

Las enfermedades nosocomiales son aquellas que se contraen en un centro hospitalario o centro de salud y aún no se han desarrollado o incubado antes del ingreso de los pacientes.

Los pacientes hospitalizados, sus seres queridos, sus cuidadores o visitantes, así como los profesionales médicos, pueden infectarse de una enfermedad nosocomial. También se consideran nosocomiales si se producen en las 48 horas después del alta.

Las enfermedades más frecuentes son la bacteriemia (presencia de bacterias en la sangre), infecciones del tracto urinario, infecciones respiratorias e infecciones de heridas quirúrgicas.

Hay varias pautas que se deben seguir para prevenir este tipo de infección:

- Higiene de manos del personal médico.
- Se deben utilizar guantes y mascarilla.
- Antes de utilizar cualquier técnica invasiva, incluida la introducción y extracción de un catéter, limpiar y desinfectar la piel con un antiséptico.
- Cuando la situación lo requiera, utilizar el aislamiento.
- Esterilización de material quirúrgico.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es analizar el papel que desempeña el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el área de esterilización de un hospital y lo importante que es para prevenir todo tipo de infecciones nosocomiales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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

Lo primero que debemos establecer es la distinción entre:

Limpieza: implica limpiar los fómites de residuos, como rastros de sangre. Para limpiarlo se utiliza agua y jabón simple.

Desinfección: Consiste en deshacerse de cualquier bacteria que se encuentre sobre los fómites. Una vez limpio ya está. La desinfección elimina bacterias, virus y algunos hongos. Hay tres tipos distintos de desinfección:

1. Nivel bajo: mata la mayoría de las bacterias, algunos hongos y algunos virus, pero no las esporas bacterianas.
2. Nivel intermedio: la mayoría de las bacterias, virus y algunos hongos que no se eliminan mediante una desinfección de bajo nivel se erradican en este nivel.
3. Nivel alto: Donde se han eliminado la mayoría, pero no todas, las esporas de bacterias y todos los microorganismos.

Los microorganismos (bacterias, virus, hongos y esporas bacterianas) deben eliminarse completamente mediante esterilización.

La finalidad o apariencia de los materiales no debe alterarse mediante la esterilización.

Hay tres tipos diferentes de materiales que es necesario distinguir.

1. No críticos: Quienes han tocado piel aún intacta pero no mucosas. Se aplica desinfección a nivel bajo o intermedio.
2. Semicrítica: Es la sustancia que no puede esterilizarse y ha entrado en contacto con mucosas y heridas. En este caso se aplica desinfección de alto nivel.
3. Crítico: Material en contacto con tejidos estériles o sangre. En esta situación se aplica la esterilización.

Existen dos técnicas de esterilización.

1. Técnicas físicas: Ejemplos de ello son el autoclave de vapor, que es el método preferido por los centros de salud, los hornos o estufas, que se utilizan principalmente en la industria farmacéutica, y los rayos gamma.
2. Técnicas químicas: Incluyen gases para materiales que no soportan altas temperaturas y líquidos (glutaraldehído), un potente desinfectante.

Existen tres áreas en el área de esterilización donde se ubicará el personal de enfermería y personal de TCAE con el EPI adecuado. Los empleados de un área nunca se comunicarán con los de la otra y solo cruzarán las puertas.

- La primera zona es la Zona Sucia, donde se recibe y registra, identifica y clasifica el material a esterilizar por parte de los TCAE. El TCAE realiza la limpieza y desinfección del material en esta primera zona. Hay tres formas de lavar el material: a mano, en el túnel de lavado o con ultrasonidos para material con zonas de difícil acceso.

El material pasa a través de las puertas hasta el área de limpieza después de haber sido limpiado, secado y desinfectado.

- A continuación, localizamos la zona ordenada. Aquí es donde tiene lugar la esterilización. La esterilización se puede realizar de dos formas diferentes: mediante autoclave o esterilizador de gas.

Aquí, el TCAE coloca el material en bolsas, agrega algunas tiras colorimétricas para confirmar que la esterilización fue exitosa, sella las bolsas e ingresa la fecha

de esterilización. Después de la esterilización se pasa a la fase de esterilización. Por último, llegamos al espacio estéril, donde el TCAE almacenará el material o lo distribuirá a los orígenes correspondientes.

El TCAE también debe realizar algunos controles de esterilización. Los controles biológicos, también conocidos como controles con microorganismos muy resistentes, son aquellos donde las tiras que contienen esporas se colocan en el autoclave y no dentro de bolsas que contienen material a esterilizar, a diferencia de los controles químicos, que son los indicadores colorimétricos.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos que debido a que el TCAE es responsable de limpiar, desinfectar y esterilizar todo el equipo de los centros hospitalarios, juega un papel crucial en el funcionamiento eficiente de las operaciones hospitalarias, así como también ayuda a prevenir la propagación de enfermedades nosocomiales, que pueden resultar extremadamente peligrosas tanto para los pacientes como para quienes los visitan en los hospitales, así como para el personal que trabaja en el entorno hospitalario o en los centros de salud, separando diariamente el material susceptible de esterilización utilizado en la consulta sala o en el quirófano.

6 Bibliografía

1. Lisboa, T., & Rello, J. (2008). Prevención de infecciones nosocomiales: estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina intensiva*, 32(5), 248–252. [https://doi.org/10.1016/s0210-5691\(08\)70947-1](https://doi.org/10.1016/s0210-5691(08)70947-1).
2. Pérez, Evangelina; Fernández, Ana María, (2005), *Auxiliar de Enfermería*, Cuarta Edición, Madrid, McGrawHill.

Capítulo 525

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

RUBÉN SANTACRUZ GALLEGO

MARÍA DEL MILAGRO GALLEGO CASTILLA

LUCIA GONZALEZ ROMAN FERNANDEZ CAÑADAS

MARIA LUISA MONEDERO IZQUIERDO

FRANCISCO JAVIER GONZÁLEZ LÓPEZ

1 Introducción

Urgencias es un servicio de asistencia sanitaria que se da a los pacientes ininterrumpidamente durante las 24 horas del día los 365 días del año, tanto en Atención Especializada como en Atención Primaria.

Una vez que acudimos a este servicio uno de los primeros profesionales que nos encontramos es la figura del Celador/a.

Debemos tener en cuenta y distinguir entre los conceptos de Urgencias y Emergencias.

Urgencias es toda situación que pone o puede poner en peligro la salud o la vida de las personas, pero el paciente puede esperar un tiempo determinado.

Emergencias es la situación crítica en la que se encuentra el paciente y necesita de una atención inmediata de los especialistas para salvarle la vida.

Cuando llegamos al servicio de Urgencias el Celador/a de puerta es el primer contacto que tenemos, este nos ofrece su ayuda lo primero si necesitamos silla,

oxígeno, etc. y a continuación nos indica donde debemos dar los datos del paciente para que nos atienda, que es el servicio de Admisión de Urgencias y una vez dados los datos pasaremos a la sala de triaje donde el profesional que hay hace la valoración y cuando la han hecho nos remiten a la sala correspondiente. Dentro del servicio de Urgencias hay varias salas de especialidades donde atienden a los enfermos dependiendo del tipo de gravedad que presenten.

En la sala de boxes los profesionales sanitarios llevan a cabo el proceso de medicación de los pacientes para mejorar el estado de los mismos y de ahí les suelen dar el alta, pasarlos a observación o ingresarlos dependiendo del diagnóstico que el médico considere oportuno.

La sala de observación es el servicio donde los pacientes permanecen como máximo 24 horas para seguidamente ser hospitalizados o dados de alta. Esta sala está dotada de camas con monitores, toma de oxígeno y los medios necesarios para observación de la evolución del paciente.

La urgencia también cuenta con un box de paradas donde pasan los pacientes que llegan muy graves y necesitan atención inmediata de los profesionales médicos. El celador tiene una función indispensable en este servicio para que funcione con eficacia y rapidez.

2 Objetivos

Destacar la importancia que tiene la figura del Celador en este servicio para un mejor funcionamiento del mismo y explicar las funciones que este colectivo desempeña en el servicio de Urgencias de un hospital.

3 Metodología

Para realizar este trabajo hemos recogido información que viene recogida en el Estatuto Marco de Personal no Sanitario de 5 de julio de 1971.

También hemos utilizado varias páginas de Internet para investigación e información científica relacionada con el tema a exponer, así también hemos hecho consultas de diferentes artículos de otros autores y por último nos hemos basado en la búsqueda de diferentes enciclopedias para poder completar la información.

4 Resultados

En el servicio de Urgencias se sigue una jerarquía basada en la rapidez, funcionalidad y organización.

A continuación, vamos a conocer algunas de las áreas de las que se compone dicho servicio y las funciones que tiene el Celador/a en cada una de ellas.

Admisión de Urgencias: En este servicio el Celador/a se ocupará de varias funciones, dependiendo de qué zona o área se encuentre.

Puerta: En este servicio el Celador/a recibe a los pacientes que acuden a urgencias ofreciéndole su ayuda si la necesita, también controlará el acceso de usuarios y velará por el orden y la limpieza de la sala de espera y entrada al recinto.

Triaje: Es el primer sitio donde pasan los pacientes que acuden a urgencias para su valoración y posteriormente ser derivados a la unidad que corresponda.

En esta sala el Celador/a ayudará a los pacientes que van en silla de ruedas a pasarlo y una vez valorado lo trasladará donde le ordene el superior (puede ser al servicio de rayos para hacerle una placa, tac o ecografía, incluso también puede llevarlo a cualquier consulta que necesite y finalmente ponerlo en la sala correspondiente).

Boxes: En este servicio el Celador/a tiene como función instalar al paciente en dicha sala, si el paciente viene en camilla de la ambulancia ayudará a cambiarlo a una camilla del servicio o silla de ruedas dependiendo de lo que el profesional que lo ha valorado determine, siempre bajo la supervisión de personal sanitario del servicio. También ayudará a la movilización de pacientes que no colaba por sí solos.

Sala de trauma: El Celador/a ayudará a colocar al paciente en la posición necesaria y ayudará al profesional sanitario si es necesario a sujetar para colocación de férulas, escayolas, cabestrillos, etc. También ayudará en el transporte de aparataje, mobiliario, objetos, documentación, etc.

Observación: En esta área ayuda además de todo lo anterior también colabora en los aseos.

Cuando los pacientes son dados de alta o ingresado el traslado de estos corre a cargo del Celador.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, tenemos que destacar la figura del Celador, puesto que es fundamental en sus funciones, ya que se ocupa del control y orden de los usuarios que pasan por este servicio, también se hace cargo de la movilización y traslado de los

pacientes y acompañantes por los diferentes sitios. También transmiten órdenes verbales de los profesionales a los acompañantes de pacientes, siempre que no sea información sanitaria ni administrativa.

Vigilan de que haya el mayor silencio y orden dentro de todo el recinto.

Para dar una asistencia sanitaria de calidad, eficacia y rapidez a los pacientes y acompañantes, es necesario realizar todas estas funciones junto con el resto de profesionales, para un buen funcionamiento del servicio.

6 Bibliografía

Buscador google, Ley 55/2003 de 16 de Diciembre, Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud

Capítulo 526

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA Y SUS FUNCIONES

RUBÉN SANTACRUZ GALLEGO

MARÍA DEL MILAGRO GALLEGO CASTILLA

LUCIA GONZALEZ ROMAN FERNANDEZ CAÑADAS

MARIA LUISA MONEDERO IZQUIERDO

FRANCISCO JAVIER GONZÁLEZ LÓPEZ

1 Introducción

En los Hospitales hay un servicio de Farmacia en el cual se preparan casi todos los medicamentos necesarios para atender a los pacientes hospitalizados y ambulatorios que necesitan recibir medicación para tratar las enfermedades adquiridas. Los tratamientos de medicación que necesitan administrar a los pacientes los prescribe el profesional médico encargado de estos, los médicos son los responsables de hacer las recetas médicas y el Celador es el encargado de bajarlas al Servicio de Farmacia para que los trabajadores de esta unidad lo preparen.

Dentro del servicio de Farmacia hay un equipo de profesionales que prestan su servicio, este suele estar compuesto por: Farmacéuticos, Enfermeras, Auxiliares de enfermería y Celadores.

A continuación, vamos a hablar de algunas de las funciones que la figura del Celador desarrolla en el Servicio de Farmacia.

El Celador es el encargado de recepcionar el pedido cuando llega, revisando siempre que coincida el pedido suministrado con el albarán de entrega, una vez comprobado entregará el albarán al farmacéutico responsable.

También se encargará de colocar las cajas de sueros, alcohol y todo material pesado en las estanterías o lugar donde corresponda, siendo a veces hacer uso de aparatos de transporte como son carretillas, traspaleas o toros, para el manejo de dichos sistemas de transporte hace falta tener el carnet de carretillero. Además, debe utilizar un calzado especial de seguridad.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la importancia del Servicio de Farmacia dentro de los hospitales y las funciones específicas que el Celador cumple dentro de esta área.

3 Metodología

Para realizar este capítulo hemos hecho uso de nuestros conocimientos personales como experiencia del tiempo trabajado de Celador en este servicio, para complementar más información también hemos hecho uso del buscador Google utilizando varias páginas de congresos e investigación, además de buscar en distintas enciclopedias y revistas relacionadas con el tema de la salud y algunos temarios donde vienen contempladas las funciones del Celador.

4 Resultados

El Celador en el Servicio de Farmacia cumple unas funciones específicas que son de su competencia entre las cuales se encuentran:

Recepcionar todo el material que entra comprobando que los pedidos correspondan siempre con los albaranes.

Transportar material pesado haciendo uso de medios de transporte como es la traspalea u otros medios similares.

Transporte de los sueros y alcohol a los servicios que sea necesario.

Reparte los carros de la medicación a las distintas plantas de hospitalización. Estos carros reciben el nombre de carro de unidosis porque están compuestos por cajetines con los números de las habitaciones de las plantas, los cuales llevan cada uno la medicación correspondiente a cada paciente.

Ayudará en hacer controles y recuento de inventarios periódicos del material para comprobar que las existencias de los productos almacenados son reales.

Los Celadores del Servicio de Farmacia pueden repartir o dispensar material como sueros, alcohol, nutriciones parenterales, pero no puede dispensar medicamentos eso es función de la enfermera que realiza su servicio en esta unidad, salvo que en casos necesarios o urgentes tenga que llevar alguna medicación siempre en conocimiento del farmacéutico responsable.

El Servicio de Farmacia dentro del hospital tiene como función principal tener siempre disponibles los medicamentos y demás productos galénicos, para poder administrarlos a los pacientes ingresados en las plantas de hospitalización, también pueden acudir a este servicio pacientes ambulantes para recoger medicación específica recetada por sus facultativos y que debe ser preparada dentro de esta unidad.

El Celador de la Unidad de Farmacia además de todos sus cometidos que cumple en este servicio también sirve de ayuda y apoyo a los profesionales sanitarios y no sanitarios que trabajan dentro del mismo.

El Celador encargado del Servicio de Farmacia tiene una gran responsabilidad a su cargo.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones que tiene un Celador en el Servicio de Farmacia, son más limitadas que en otros servicios del hospital en el cual estás más en contacto con pacientes, usuarios y acompañantes, pero aun así la figura del Celador en esta unidad presenta un papel muy importante para el desarrollo y eficacia del servicio junto con el resto de profesionales que forman el equipo de esta unidad.

En concreto algunas de las funciones más importantes y concretas que el Celador de farmacia desarrolla en este servicio son: Recepcionar, controlar y transportar el material almacenado allí y repartirlos a las distintas áreas hospitalarias.

6 Bibliografía

Diversas páginas de internet

Temario de Celador de la editorial Logos y otras editoriales

Capítulo 527

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE FEHABILITACION

RUBÉN SANTACRUZ GALLEGO

MARÍA DEL MILAGRO GALLEGO CASTILLA

LUCIA GONZALEZ ROMAN FERNANDEZ CAÑADAS

MARIA LUISA MONEDERO IZQUIERDO

FRANCISCO JAVIER GONZÁLEZ LÓPEZ

1 Introducción

El Servicio de Rehabilitación es la unidad donde reciben atención de profesionales los pacientes que necesitan una recuperación después de haber sufrido algún tipo de accidente o intervención médica y necesitan una ayuda para poder mejorar su movilidad que ha quedado reducida posteriormente después del accidente, esta se realiza con una técnica por medio de ejercicios, ayudados de aparatos y medios humanos, como son los Fisioterapeutas.

El servicio de Rehabilitación de los centros hospitalarios está formado por un equipo de profesionales compuesto de personal sanitario y personal no sanitario, en este último colectivo de personal no sanitario es donde está incluida la figura del Celador.

El Celador en este servicio tiene una función muy importante dentro del equipo ya que se necesita de su colaboración con todos los pacientes que van con movi-

idad reducida a la hora de cambiarlos a la camilla del servicio para que el fisio le pueda hacer sus ejercicios.

También colabora con los profesionales para ayudar a poner al paciente de la postura que necesite para poder trabajar con él, y a sujetar aquellos que no pueden hacerlo por sí mismos.

Trasladará a los pacientes que vengan en silla de ruedas o camilla a la sala de espera, una vez hayan terminado su rehabilitación, para que allí esperen a la ambulancia o se vayan con sus propios medios, dependiendo como acuda cada uno.

El Celador siempre trabaja bajo las órdenes de los profesionales que tratan al paciente, a la hora de tener que hacer movilizaciones, cambios posturales, cambios de un sitio a otro, etc.

Es muy importante tener una buena comunicación y coordinación entre todo el equipo de profesionales de esta unidad.

2 Objetivos

El objetivo es dar a conocer el trabajo que todos los profesionales tanto sanitarios como no sanitarios realizan en el servicio de rehabilitación y la labor que desempeña el Celador.

3 Metodología

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

4 Resultados

El Celador destinado al Servicio de Rehabilitación, tiene encomendadas unas funciones que siempre tiene que cumplir bajo las ordenes y supervisión de los profesionales que se lo soliciten, dependiendo de las necesidades que tenga cada paciente para recibir ayuda del Celador, prestando este su servicio de forma segura, participativa y activa en todo momento.

No todos los pacientes que acuden a la rehabilitación tienen el mismo tipo de patología, por eso el Celador tiene que tener información para saber cuál es la mejor forma de ayudar a movilizar o trasladar al paciente que lo necesite.

Ahora vamos a comentar algunas de las funciones que el Celador desarrolla en el Servicio de Rehabilitación:

En la puerta de entrada el Celador vigilará que solo tengan acceso a la unidad las personas autorizadas para ello.

Se hará cargo de los pacientes que acudan en sillas de ruedas o camillas del traslado de los mismos, desde la entrada hasta la sala de rehabilitación.

Vigilará las salas de espera donde están los pacientes y acompañantes, encargándose de que haya el mayor orden y silencio posible.

Colocará y sujetará a los pacientes que lo necesiten siempre bajo la supervisión de los profesionales del servicio.

Se hará cargo de los materiales y la ropa de la unidad asegurándose de que los usuarios hagan uso adecuado de los mismos.

Trasladará documentos y comunicaciones verbales.

Realizará el transporte de aparatos del servicio de Rehabilitación a otros servicios dentro del hospital.

También se hará cargo de revisar las balas de oxígeno encargándose de reponerlas en el caso de que estén vacías, asegurándose en todo momento estén llenas.

El Celador se encarga del traslado de los pacientes ingresados en las plantas de hospitalización hasta el servicio de rehabilitación y cuando estos hayan terminado su tratamiento el Celador los trasladará nuevamente del servicio de rehabilitación hasta la planta de hospitalización correspondiente dejando al paciente acomodado en su habitación y avisando a la enfermera de la planta encargada de dicho paciente que ya está de regreso en su sitio.

El Celador informará al paciente de donde lo va a llevar y como va a proceder al transporte para el camino, pero nunca dará información del tratamiento que le van a hacer, orientando siempre la consulta al profesional sanitario que corresponda.

5 Discusión-Conclusión

En este servicio de rehabilitación el Celador es uno de los profesionales que cumple un trabajo importante dentro de la unidad, una de las funciones más requeridas por este colectivo es la ayuda a otros profesionales como pueden ser fisioterapeutas, médicos rehabilitadores, auxiliares de enfermería, etc. para

la movilización y sujeción de pacientes con movilidad reducida, ya que ellos solos no pueden hacerlo para realizar bien su trabajo. Por ese motivo es bastante importante la buena coordinación y comunicación de todos los trabajadores ya sean personal sanitario o personal no sanitario, para así obtener los mejores resultados de trabajo.

El Celador es un eslabón importante dentro de la cadena de profesionales, para que el servicio tenga un buen resultado siendo más rápido, eficaz y cómodo para todos, pero sobre todo para los pacientes.

El Celador siempre y en todo momento debe ser educado y respetar tanto a los pacientes como a los acompañantes y usuarios de esta área, debiendo mantener la calma en todo momento.

6 Bibliografía

1. Estatuto Marco de Personal no Sanitario Orden del 5/7/1971 <https://www.boe.es/boe/dias/1971/07/22/pdfs/A12015-12024.pdf>
Diversas páginas de internet.

Capítulo 528

LA ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE UN PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

VISITACIÓN LÓPEZ MARTÍNEZ

NURIA GARCÍA GARRIDO

VICENTE GARCIA MARTÍNEZ

VICENTE GARCÍA GARRIDO

CRISTIAN DEVARSI DE LA OSSA

1 Introducción

Se conoce como ventilación mecánica (VM) al procedimiento llevado a cabo por un aparato, conocido como respirador, que ayuda a introducir aire en los pulmones a aquel paciente que no puede respirar por sí mismo.

Esta introducción en los pulmones del paciente a través de una máquina puede realizarse de dos maneras diferentes, diferenciándose en la manera de acceder a la vía aérea. Es por ello que existe la ventilación mecánica invasiva (VMI) y la ventilación mecánica no invasiva (VMNI).

La ventilación mecánica invasiva (VMI) se produce con el acceso al interior de la vía aérea de forma artificial, llevando a cabo una intubación endotraqueal del paciente que requiere dicha ventilación.

Para llevar a cabo la ventilación mecánica invasiva se requiere de la utilización de respiradores, existiendo dos tipos básicos en el ámbito sanitario.

- Respirador de presión o manométrico.
- Respirador de volumen o volumétrico

Mientras que la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) se lleva a cabo a través de mascarillas nasales o faciales, no siendo necesario entubar al paciente.

La ventilación mecánica no invasiva se produce:

- Con la presión continua en la vía aérea (CRAP).
- Con la ventilación con presión de soporte (PSV).

A lo largo de este capítulo científico se conocerán las actuaciones de los celadores que desarrollan su actividad profesional en las unidades de cuidados intensivos ante los pacientes con ventilación mecánica.

2 Objetivos

- Conocer los tipos de ventilación mecánica utilizados en las unidades de cuidados intensivos.
- Detallar las funciones llevadas a cabo por los celadores con los pacientes con ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos.
- Enumerar los pasos del procedimiento realizado durante el traslado de un paciente con ventilación mecánica.

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 ejecutadas por los celadores de la unidad de cuidados intensivos con los pacientes con ventilación mecánica.

Los pacientes con ventilación mecánica que se encuentran en la unidad de cuidados intensivos requieren de la actuación del celador para su movilización durante

las siguientes actuaciones del equipo de enfermería y del técnico en cuidados auxiliares de enfermería:

- Aseo diario del paciente.
- Aseo del paciente cuando orina o defeca.
- En aquellas actuaciones que consisten en proporcionar comodidad al paciente y alivio de ciertas zonas corporales.
- Durante la utilización del elevador hidráulico para sentar al paciente desde la cama a la silla.

El traslado de un paciente con ventilación mecánica. Procedimiento antes, durante y al finalizar el traslado.

Por norma general, toda actuación realizada sobre el paciente con ventilación mecánica es llevada a cabo dentro de la unidad de cuidados intensivos, sin embargo, para la realización de un TAC es necesario el traslado del paciente hacia el servicio de radiología, puesto que no existe un aparato portátil con el cual se puedan realizar las tomografías axiales computarizadas.

Para la realización del traslado del paciente con ventilación mecánica es necesario llevar a cabo una serie de actuaciones previas a realizar el traslado para reducir los riesgos durante dicho traslado. Estas actuaciones consisten en:

- Comprobar que la ventilación mecánica portátil funciona correctamente.
- Comprobar que la bala de oxígeno la cual es conectada en el ventilador está llena, para evitar la falta de oxígeno durante el traslado.
- Avisar al equipo médico a cargo del paciente para que acompañe a este durante el traslado.

Actuaciones realizadas durante el traslado.

- Llevar un equipo portátil de reanimación por si fuese necesario la reanimación del paciente ante una posible parada durante el traslado o en el área de radiología.
- En celador deberá trasladar al paciente de manera segura por lo que no realizará movimientos bruscos y llevará una velocidad moderada.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “La actuación del celador ante un paciente con ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos” nos demuestra en primer lugar los tipos de ventilación mecánica, siendo necesario su conocimiento para reconocer el tipo de ventilación de cada paciente en la unidad de cuidados intensivos para el momento de actuar con dichos pacientes.

En segundo lugar, se demuestran las actuaciones llevadas a cabo por el celador con este tipo de pacientes, siendo necesario que los celadores que actúen con estos pacientes sean celadores experimentados y conozcan las técnicas básicas de movilización y traslado con los pacientes con ventilación mecánica, debido a la gravedad y delicadeza de su estado de salud.

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.
- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021
- Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.
- VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición2021

Capítulo 529

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. LA ACTUACIÓN DEL CELADOR DURANTE LA COLOCACIÓN DE UN PACIENTE EN LA POSICIÓN DE DECÚBITO PRONO

CRISTIAN DEVARSI DE LA OSSA

VISITACIÓN LÓPEZ MARTÍNEZ

NURIA GARCÍA GARRIDO

VICENTE GARCIA MARTÍNEZ

VICENTE GARCÍA GARRIDO

1 Introducción

La mayoría de los pacientes que se encuentran ingresados en la unidad de cuidados intensivos presentan un estado de salud delicado, encontrándose la mayoría de ellos en un estado clínico reservado.

Por norma general, estos pacientes presentan dificultades para respirar por sí mismos por lo que se encontrarán conectados a una ventilación mecánica. Dicha

ventilación mecánica puede ser invasiva (VMI) o ventilación mecánica no invasiva (MVNI) y consiste en la administración de oxígeno mediante un aparato conocido como respirador.

En aquellos casos en los que el paciente se encuentre con ventilación mecánica y la cantidad de oxígeno en sangre sea baja se procederá a cambiar al paciente de posición para mejorar la respiración de este. A este procedimiento se le conoce como “pronar a un paciente”, el cual consiste en posicionar a un paciente desde la posición de decúbito supino a la posición de decúbito prono, es decir mantener al paciente en la cama hospitalaria boca abajo con la cabeza ladeada hacia uno de los lados.

Dicha actuación deberá ser realizada por un gran número de profesionales, ya sean sanitarios y no sanitarios, puesto que requiere la participación de muchas personas debido al peso del paciente y a la acción tan delicada

2 Objetivos

- Conocer los términos relacionados con la pronación de un paciente en la unidad de cuidados intensivos.
- Detallar el procedimiento llevado a cabo para posicionar a un paciente en decúbito prono.
- Enumerar el número de profesionales sanitarios y no sanitarios que intervienen en la actuación de pronar a un paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Como se ha mencionado anteriormente, la actuación de posicionar un paciente en decúbito prono desde la posición de decúbito supino debe ser realizada como mínimo entre cinco a siete profesionales, encargándose cada cual de una función durante la realización del procedimiento.

- El médico intensivista a cargo del paciente se posicionará en la cabeza del paciente y será el encargado de sujetar el tubo endotraqueal que se encuentra conectado al respirador. Al mismo tiempo será el encargado de coordinar el procedimiento.
- La enfermera a cargo del paciente se posicionará en uno de los lados de la cama hospitalaria al lado del médico intensivista, y será la encargada de controlar las constantes del paciente durante la realización del procedimiento.
- El técnico en cuidados auxiliares de enfermería y el celador se posicionarán a ambos lados del paciente y serán los encargados de colocar los dispositivos que porte el paciente sobre la cama.

Procedimiento llevado a cabo para posicionar a un paciente desde la posición de decúbito supino a la posición de decúbito prono.

- Antes de comenzar dicha actuación será necesaria la preparación del paciente, para lo cual se colocarán en las zonas donde se ejerce mayor presión unos parches para evitar la aparición de úlceras por presión.
- El técnico en cuidados auxiliares de enfermería colocará una almohada sobre el pecho del paciente, otra sobre el abdomen y otra sobre la pelvis.
- El celador por su parte posicionará todos los dispositivos que lleve el paciente como la sonda vesical y los drenajes sobre la cama.
- Una vez preparado el paciente se extenderá una sábana sobre él que se irá enrollando con las sábanas que tiene el paciente debajo.
- Cada profesional que interviene en la ejecución de dicho procedimiento deberá enrollar la sábana de abajo con la sábana de arriba de manera fuerte y apretada para coger desde la zona más pegada al cuerpo del paciente.
- Cuando todos los profesionales se encuentren preparados el médico intensivista dará las órdenes de actuación e indicará el procedimiento llevado a cabo, el cual será el siguiente: o Primer paso. Llevar al paciente hacia el borde de uno de los lados. o Segundo paso. Lateralizar al paciente hacia el lado que se va a girar. o Tercer paso. Voltar al paciente hacer el otro lado.
- Una vez se ha posicionado el paciente en decúbito prono, se retira la sábana que queda encima del paciente ese colocan todos los dispositivos en sus lugares de origen correctamente.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador en la unidad de cuidados intensivos. La actuación del celador durante la colocación de un paciente en posición de decúbito prono” nos demuestra las

actuaciones realizadas por los celadores adscritos en las unidades de cuidados intensivos con los pacientes ingresados en dicha unidad.

A pesar de que la actuación de colocar a un paciente en la posición de decúbito prono no suele ser una de las actuaciones más realizadas en la unidad de cuidados intensivos, es cierto que de vez en cuando se realizan, por lo que los celadores adscritos a dichas unidades deberán poseer los conocimientos básicos para poder realizar dicha actuación de manera segura tanto para el paciente como para el propio celador.

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.
- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021
- Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.
- VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición2021

Capítulo 530

FUNCIONES DEL CELADOR DENTRO DE LA UNIDADES DE SALUD MENTAL HOSPITALARIAS

FRANCISCA LÓPEZ DÍAZ

MARÍA DEL CARMEN MORALEDA NUÑEZ-CACHO

RUBÉN RUIZ ESTEBAN

FRANCISCO JAVIER GÓMEZ GARCÍA

MARIA DEL CARMEN SANCHEZ MORALES

1 Introducción

El Capítulo III, de la Ley General de Sanidad No. 14/1986 de 25 de abril 1986 está dedicado íntegramente a la salud mental. En su artículo, se determina que las actividades relacionadas con la salud mental deben integrarse en el sistema general de salud, además, se equipara a las personas con enfermedades mentales con el resto de pacientes que necesitan acceder a los servicios sociales y de salud.

Por otro lado, la Ley de 28 de mayo de 2003, 16/2003 sobre cohesión y calidad en el sistema nacional de salud incluye la atención de salud mental tanto en la atención primaria como en la atención especializada. De esta forma, la psiquiatría, que es la rama de la medicina que estudia, previene, diagnostica y atiende las enfermedades mentales y otros trastornos del comportamiento y de la personalidad, se configura como una parte primordial de la atención sanitaria en

cualquier institución hospitalaria. Uno de los objetivos de las instituciones sanitarias en relación con la psiquiatría es actuar de forma integral, conjunta y coordinada, con la preferencia de atención de forma ambulatoria, sin embargo, en determinadas situaciones de crisis conductuales hay veces que por la necesidad de una atención más específica se requiere hospitalización.

En este caso, las unidades de psiquiatría hospitalaria son esenciales, estas unidades son espacios altamente especializados y cualificados para el tratamiento de los pacientes, cubriendo sus necesidades con el objetivo de la curación a través de la farmacoterapia y el tratamiento con terapias psicosociales. Como parte de sus funciones, los celadores contribuyen al adecuado funcionamiento de la unidad colaborando con el resto del personal y con el contacto directo con el paciente.

2 Objetivos

- Exponer la importancia de los servicios de psiquiatría en los centros hospitalarios.
- Explicar las funciones que desarrollan los celadores en las unidades de psiquiatría.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, hemos llevado a cabo una investigación con la revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica existente, consultando artículos en las principales bases de datos como: Pubmed, Scielo, Google académico y Medline. Las palabras claves usadas en la búsqueda han sido; psiquiatría hospitalaria y funciones del celador en el servicio de psiquiatría.

4 Resultados

Las funciones de los celadores están recogidas en los artículos del 14 del Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, pero hay funciones específicas que han de desarrollar dentro del servicio de psiquiatría siguiendo los protocolos de actuación de dicho servicio. En líneas generales, las funciones del celador en la unidad de psiquiatría podrían resumirse de la siguiente manera:

- Responsabilidades de supervisión y vigilancia: deben responsabilizarse del control de entrada solo al personal autorizado, también se encargarán de la apertura y cierre de puertas de la instalación; vigilando las visitas de pacientes en las salas comunes, evitando comportamientos que perjudiquen la armonía de los pacientes; asegurándose de que no haya conflictos entre los pacientes y/o comportamientos agresivos, intentando mantener el orden y la armonía; cuidando que no se produzcan conductas autolesivas o autolíticas; observará a los pacientes durante el desayuno, almuerzo, merienda y cena para que no almacenen alimentos y los lleven a su habitación, así como vigilar que no tengan utensilios que puedan causar daños a otros pacientes o así mismos, como tenedores, cuchillos. También deberán observar que los pacientes sigan una higiene personal adecuada.
- Funciones de asistencia del personal: ayudará y colaborará con los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y el personal de enfermería en la recogida de los medicamentos prescritos y en el aseo a los pacientes que no puedan hacerlo por sí mismos, acompañará a los pacientes en sus salidas a recintos exteriores y consultas o pruebas que les hayan pautado los facultativos, así como colaborará si fuera necesaria la contención cuando los pacientes estén muy agitados.
- Otras tareas: traslado de documentos, mobiliario, colocación de sueros y materiales en el almacén de la unidad, cuidado del orden del servicio, así como observación si hubiera alguna anomalía comunicándolo a su superior inmediato.

5 Discusión-Conclusión

La legislación española reconoce plenamente la atención de la salud mental. Primero, equiparando a aquellos pacientes que necesitan atención en salud mental con el resto de paciente y segundo, con la integración total de la salud mental en la atención primaria y especializada, priorizando la atención ambulatoria pero utilizando la atención hospitalaria si así fuera necesario. El servicio de psiquiatría hospitalario se ha establecido como una planta hospitalaria para cubrir las necesidades de los pacientes hospitalizados con problemas mentales. Los celadores aunque no son personal sanitario, son una parte importante dentro de estas unidades, desarrollando sus funciones como la vigilancia del entorno y de los pacientes, la asistencia al resto de personal que presta en la unidad sus funciones, con el fin del buen funcionamiento de la unidad.

6 Bibliografía

1. de Enfermería Ocronos RM y. La importancia del celador en las unidades de salud mental [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2020 [citado el 20 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-celador-unidades-salud-mental/>
2. Del enfermo mental con los demás pacientes y usuarios que requieren servicios sanitarios y sociales C la LG de S se P la PE, sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la Salud Mental en el sistema sanitario general. 7.1 El enfermo psiquiátrico: actuación ante el enfermo psiquiátrico [Internet]. Wordpress.com. [citado el 20 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://cvpepemoreno.files.wordpress.com/2011/11/tema-74.pdf>
3. Online C, Perfil VT mi. Tema 25. Actuación del Celador con el Paciente Psiquiátrico [Internet]. Blogspot.com. [citado el 20 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-25-actuacion-del-celador-en.html>

Capítulo 531

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE CONSULTAS EXTERNAS

MARÍA DOLORES ALMENDRAL TOMÉ

JONATAN VICENTE BARROSO

GLORIA PANIAGUA LEAL

JUANA DUQUE DUQUE

REMEDIOS LUCIA CANO PATERNA

1 Introducción

Cuando hablamos de consultas externas, nos referimos a procedimientos médicos ambulatorios realizados con el fin de diagnosticar, tratar o controlar a un paciente.

En comparación con el ámbito de la hospitalización, la actividad de las consultas ambulatorias ha desempeñado un papel de apoyo. Sin embargo, su importancia es cada vez más evidente, otorgando mayor importancia a la atención ambulatoria en detrimento de la hospitalización y actuando como puente entre los servicios de Urgencias y Hospitalización, además de permitir el seguimiento de los pacientes hospitalizados.

Es un servicio flexible que ofrece un contacto cercano con el paciente y atención de calidad en una variedad de especialidades médicas.

En este contexto, es crucial enfatizar el valor de la atención primaria porque sirve como puerta de entrada a las consultas externas de atención especializada,

haciendo necesaria su participación para que dichas consultas se desarrollen sin problemas.

Para facilitar el acceso y la coordinación con los servicios hospitalarios, las consultas externas suelen alojarse en inmuebles cercanos o integrarse en el centro hospitalario.

El celador desempeña una variedad de funciones y tareas en el área de Consulta Externas, apoyando tanto al personal médico como al personal no médico, como veremos con más detalle en este capítulo.

2 Objetivos

-Explicar las funciones del celador durante las consultas externas en el contexto de un hospital, enfatizando la importancia de cada una.

3 Metodología

Para completar este trabajo se ha llevado a cabo un proceso de documentación en Internet que consiste en una búsqueda y revisión bibliográfica en diversas plataformas de información científica, como Elsevier, o el buscador Pubmed, que accede a la base de datos Medline.

4 Resultados

Como ya hemos visto, las consultas externas son cruciales para la atención sanitaria porque ayudan a evitar más ingresos hospitalarios, que son más costosos para el sistema y estresantes para los pacientes.

Existen tres formas de utilizar el servicio de Consultas Externas:

-Cuando el médico de atención primaria determine que el paciente necesita acudir a un especialista.

– Desde el propio hospital, ya sea desde los servicios de urgencias o tras una hospitalización que requiera seguimiento.

-Cuando la especialidad o servicio médico que se requiera no exista en nuestro hospital de referencia, de otros hospitales.

Las siguientes son las responsabilidades que tiene el celador dentro del servicio de Consultas Externas:

-Dar la bienvenida al paciente cuando llegue a las instalaciones e informarle cómo registrarse si necesita ayuda.

- Decir al paciente donde se encuentran ubicadas las distintas consultas o servicios.
- Indicar la ubicación del servicio de ambulancia.
- Vigilar el orden de las dependencias y habitaciones.
- Vigilar el comportamiento de los pacientes y visitantes para garantizar que cumplan con las reglas de la institución.
- Ayudará en la movilización del paciente cuando sea necesario.
- Serán los responsables de atender las solicitudes urgentes de farmacia.
- Recogida y entrega de muestras al laboratorio o al servicio de anatomía patológica.
- Asignación de correspondencia a diversos servicios.
- Cuando un paciente es remitido desde el ambulatorio al servicio de urgencias para un procedimiento urgente, es responsable de acompañarlo y traer la documentación requerida.
- Cuando un paciente necesite una silla de ruedas para ser transportado por el centro médico, habrá una disponible.
- Además de recoger a los pacientes que ya han sido atendidos para su regreso al archivo, distribuirá las Historias Clínicas de los pacientes que deberán acudir a las distintas consultas al día siguiente.
- Será el encargado de transportar cualquier equipo, documentos u otros artículos que el personal médico solicite.
- Transferencia de pacientes entre departamentos del hospital.
- Ayudará a los profesionales médicos en tratamientos o intervenciones menores.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto, el celador desempeña una variedad de funciones, incluido el apoyo al personal sanitario y no sanitario. Para poder informarle adecuadamente sobre las distintas consultas y servicios, deberá en este sentido conocer su ubicación.

Entra en contacto directo con los pacientes y sus seres queridos durante su trabajo, por lo que debe ser amable y comprensivo, dando siempre la información que se necesita, actuando dentro del ámbito de su autoridad, absteniéndose de hacer comentarios sobre la atención del paciente y refiriéndolos al paciente al médico tratante.

La coordinación y comunicación entre los distintos profesionales, como componente esencial de un equipo multidisciplinar, son cruciales para el funcionamiento eficaz del servicio.

6 Bibliografía

- <https://dialnet.unirioja.es/>
- Pubmed

Capítulo 532

FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR ANTE UN EXITUS

FRANCISCA LÓPEZ DÍAZ

RUBÉN RUIZ ESTEBAN

MARÍA DEL CARMEN MORALEDA NUÑEZ-CACHO

FRANCISCO JAVIER GÓMEZ GARCÍA

MARIA DEL CARMEN SANCHEZ MORALES

1 Introducción

Al igual que el resto de profesionales que trabajan en centros hospitalarios y sanitarios, los celadores a veces se encuentran con pacientes que han fallecido en las distintas plantas, servicios y unidades de un hospital. Estas situaciones son difíciles debido al impacto emocional de las personas cercanas al fallecido, por lo que hay que tratarlas con el adecuado respeto, cuidando las palabras y haciendo uso de la empatía, ya que las personas allegadas tienen que pasar el proceso del duelo, por lo que todo el personal debe tratarlas con delicadeza durante estos momentos difíciles y complicados de la vida.

Según el reglamento que establece las funciones de los celadores en las instituciones sanitarias (Estatuto del personal no sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de 22 de julio del 1971) en su artículo 14.2 establece que los celadores deberán colaborar en la práctica de las autopsias

(excepto en lo que requiera utilizar el instrumental sobre el fallecido). Esta colaboración se realiza limpiando la mesa y la sala de autopsias y mediante el traslado del fallecido desde dónde haya ocurrido el deceso hasta el mortuario, cámaras frigoríficas y/o salas de autopsias. Si fuera necesaria una autopsia deberán colocar el cuerpo sobre la mesa de la sala en la posición que le sea indicada por el médico anatomopatólogo o el forense.

2 Objetivos

- Exponer las funciones que deben desarrollar los celadores de instituciones sanitarias ante un paciente fallecido, tanto en su traslado como en la sala de autopsias.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha recopilado información exhaustivamente en diferentes libros, investigaciones de carácter científico, en diversas páginas web como Google Académico, Ocronos, Pubmed y Scielo. Hemos realizado la búsqueda de artículos utilizado como palabras clave descriptoras: éxitus, sala de autopsias, mortuario y funciones del celador en autopsias.

4 Resultados

Podemos definir la muerte como el cese de funciones vitales del ser humano, es habitual encontrarnos la descripción “exitus” en los documentos oficiales del paciente fallecido, aunque también podemos denominarlo como óbito, deceso, defunción y fallecimiento. El certificado de defunción es función exclusiva del médico responsable del paciente, que la deberá firmar, poner fecha, hora y posible causa y realizar la orden de traslado.

Una vez que se confirma la muerte, los celadores junto al personal de enfermería y los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, realizarán el amortajamiento del fallecido, lo que incluye asearlo, desconectar dispositivos, así como la retirada de drenajes, vías y catéteres. La boca y los ojos del cadáver deberán ser cerrados, se colocará al exitus en posición decúbito supino, con los brazos cruzados sobre su pecho y las piernas alineadas, posteriormente se le envolverá en un sudario (dejando la cara descubierta) el sudario deberá estar identificado con los datos del fallecido y se avisará a la familia para que puedan despedirse de él, dejándoles intimidad. Una vez se hayan despedido se tapaná el cuerpo con una sábana y el

celador lo trasladará junto al certificado de defunción y la orden de traslado al mortuario o sala de autopsias según le indiquen. Si se requiere una autopsia, los celadores serán responsables de trasladar el cuerpo a la sala designada, los colocará sobre la mesa de autopsias, le quitará el sudario y posicionará según las indicaciones del facultativo de anatomía patológica o forense, asistiendo al mismo en lo precise como pesaje de órganos, anotaciones, entrega de muestras, órganos, biopsias, etc. al laboratorio...Una vez realizada la autopsia, aseará el cuerpo, lo envolverá en un sudario y lo trasladará al mortuario debidamente identificado. En la sala de autopsias limpiará la mesa, el instrumental utilizado y la propia sala.

5 Discusión-Conclusión

La muerte es un proceso en el ciclo vital humano, aunque es un momento muy doloroso, delicado y difícil para muchas personas, las personas cercanas a la persona fallecida, como familiares y amigos, requieren respeto, comprensión y empatía por parte de todos los profesionales del centro sanitario. Los celadores son partícipes en los diferentes procesos que se le pueden practicar al fallecido, como el amortajamiento, autopsia y traslado, siempre deberán guardar el debido respeto hacia ideologías, creencias religiosas de la familia, así como cumplir con la confidencialidad y protección de datos.

El celador ante un exitus tiene una labor muy importante debido a las diversas funciones que realiza y el contacto con los familiares del fallecido, a los que deberá tratar siempre con amabilidad y respeto.

6 Bibliografía

1. de Enfermería Ocronos RM y. Actuación del celador ante el éxitus de un paciente [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2020 [citado el 23 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/actuacion-celador-exitus-paciente/>
2. Ocronos R. El papel de l@s celador@s como “auxiliares de autopsias” [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021 [citado el 23 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/papel-celadores-autopsias/>
3. del Celador 1. Conceptos Básicos 2. E. L. Paciente Fallecido 3. Funciones. TEMA 9: ACTUACIÓN DEL CELADOR EN RELACIÓN CON LOS PACIENTES FALLECIDOS. ACTUACIÓN EN LAS SALAS DE AUTOPSIAS Y LOS MORTUORIOS [Internet]. Formacurae.es. [citado el 23 de agosto de 2023].

Disponible en: <https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/TEMA-9-CEL-AUTOPSIA-Y-MORTUORIOS.pdf>

Capítulo 533

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA

FRANCISCA LÓPEZ DÍAZ

RUBÉN RUIZ ESTEBAN

MARÍA DEL CARMEN MORALEDA NUÑEZ-CACHO

FRANCISCO JAVIER GÓMEZ GARCÍA

MARIA DEL CARMEN SANCHEZ MORALES

1 Introducción

La radiología es una especialidad médica muy utilizada en las instituciones sanitarias, cuya función es generar imágenes del interior del cuerpo a través de distintos tipos de agentes físicos y campos magnéticos, estas imágenes son fundamentales para determinados diagnósticos y así el tratamiento de la enfermedad o lesión. La radiología también es denominada generalmente como diagnóstico por imagen o radiodiagnóstico.

La radiología puede dividirse de diferentes maneras, dependiendo de la parte u órgano del cuerpo a estudiar, por lo que podemos hablar de muchas subespecialidades como: radiología neurológica, de cabeza y cuello, cardíaca, torácica, abdominal, gastrointestinal, de mama, ginecológica, musculo esquelética...

Los estudios radiológicos simples no necesitan preparación previa, son los más frecuentes para la exploración de fracturas, pulmones, cráneo, columna, tórax, etc. en cambio existen otros estudios radiológicos en los que es necesario utilizar

un medicamento de contraste, por lo que requieren la preparación previa del paciente y cita programada, estos estudios por su especialidad han de ser realizados por médicos radiólogos.

El equipo de trabajo de los servicios de radiodiagnóstico está formado por médicos radiólogos, técnicos auxiliares en radiodiagnóstico y los celadores. El celador en estos servicios, realizará sus funciones específicas y será el encargado de trasladar a los pacientes dentro del centro hospitalario.

2 Objetivos

- Explicar las funciones de los celadores en el servicio de radiología de los centros hospitalarios.

3 Metodología

Las fuentes bibliográficas que hemos utilizado para la realización de este capítulo han sido extraídas principalmente de las bases de datos: Dialnet, Google Académico y Pubmed, se han utilizado palabras claves descriptoras como: celador en el servicio de radiología, contraste y pruebas de diagnóstico por imagen.

4 Resultados

Las funciones más frecuentes que realiza un celador en el servicio de radiología hospitalaria son, entre otras:

- Traslado de los pacientes ya sea en cama, camilla o silla de ruedas desde las habitaciones en las que estén ingresados hasta la unidad de radiología, comprobando su identificación y portando el correspondiente volante.
- Ayudarán a los técnicos auxiliares de radioterapia a desvestir al paciente y a colocarlo de la manera que le indiquen para así obtener una correcta imagen radiológica.
- Ayudarán al paciente a desplazarse en la sala de rayos x en el caso de que se le tuviera que realizar alguna prueba especial.
- Colaborarán con los celadores de urgencias cuando lleven a un paciente en el traslado y colocación del mismo.
- Nombrarán por listado a los usuarios que estén en las salas de espera de radiología y los acompañarán hasta la sala de radiodiagnóstico, ayudándoles en lo necesario.

- Acompañarán a los técnicos de rayos cuando tengan que realizar pruebas de rayos X portátiles en otras unidades, llevando el aparato portátil cuando vayan a realizar la prueba de rayos x portátiles, ayudando en la movilización del paciente si fuera necesario y devolviendo el aparato portátil a su correspondiente lugar.
- También colaborarán en las pruebas de Tac, escáner, ecografías...ya que forman parte de la unidad de radiología.
- Colaborarán en el traslado de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos (UCI) hasta el box que se les haya asignado.
- Deberán tener los adecuados conocimientos sobre movilizaciones, para evitar riesgos tanto a los pacientes como así mismos.
- Observarán si existiera alguna anomalía en el servicio, avisando a su superior inmediato si la detectara.
- Mantendrán el debido respeto a la intimidad y datos del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de radiología, es uno de los servicios más demandados en los centros hospitalarios, imprescindible para realizar determinados diagnósticos.

Para el correcto funcionamiento de este servicio, es necesario que todo el equipo que presta sus funciones en el mismo, sean sanitarios o no, deben tener una adecuada organización y saber trabajar en equipo. Todo el equipo deberá colaborar en las movilizaciones del paciente si no las pudiera por sí mismo, teniendo en cuenta si lleva sondajes, oxígeno, vías...para poder realizar dichas movilizaciones de forma segura.

Es importante el conocimiento por parte del celador de todas las funciones que desempeña en radiología y su realización de forma eficaz, contribuyendo al adecuado trabajo del equipo sanitario.

6 Bibliografía

1. Investigación RS. El celador en el servicio de radiografía [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [citado el 21 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-en-el-servicio-de-radiografia/>
2. Online C, Perfil VT mi. Tema 1. El Celador: Funciones Generales [Internet]. Blogspot.com. [citado el 21 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://celadoresonline.blogspot.com/p/el-celador-funciones-generales.html>

3. Gva.es. [citado el 21 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://sanjuan.san.gva.es/wp-content/uploads/2018/06/Manual-cogida-celadores.pdf>

Capítulo 534

¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE EL CALEFACTOR EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS?

FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA

ÁLVARO FERNÁNDEZ COLLADO

ANTONIO RUIZ ESCUDERO

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

FRANCISCO GONZALEZ TEBAR

1 Introducción

Se puede denominar servicio de mantenimiento al conjunto de recursos materiales, técnicos y humanos que están destinados a asegurar siempre el correcto funcionamiento de la ingeniería y arquitectura de cualquier centro de salud, así como de sus equipos electromédicos.

El número de funcionarios dedicados al mantenimiento crece con el tamaño del centro de salud y se especializan más en los trabajos que realizan, como el mantenimiento eléctrico, mecánico y de instalaciones. Además de médicos, enfermeras, asistentes y ayudantes, los hospitales emplean un personal llamado personal de mantenimiento que lleva a cabo una variedad de tareas igualmente cruciales. Estas personas son las encargadas de garantizar que la maquinaria funcione de manera correcta y eficaz. Identifican y corrigen errores y realizan inspecciones de mantenimiento de rutina. Realizan tareas como limpieza de máquinas,

inspección, verificación, sustitución, instalación y montaje, reparación, localización de averías, sustitución de piezas y revisión.

2 Objetivos

Conocer el papel que desempeñan los distintos profesionales del departamento de mantenimiento del hospital, especialmente en lo que respecta a la calefacción.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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

Es posible definir el mantenimiento como la creación de actividades destinadas a conseguir que algo se degrade en igual o menor grado que lo que se consideró en su diseño o que se obtenga una mayor "vida". El tipo de mantenimiento realizado puede provocar:

Estas personas tienen la tarea de mantener el hospital.

1. Todo tipo de instalaciones deberán ser organizadas, mantenidas y cuidadas por ingenieros técnicos industriales. Ante cualquier solicitud de información puramente técnica, también entregan informes.
2. Los capitanes industriales son los encargados de vigilar los lugares que tienen a su cargo, dar información técnica sobre las incidencias que se produzcan e intervenir directamente en su resolución. Es directamente responsable de la gestión y organización de los talleres.
3. El mantenimiento y funcionamiento general de la máquina son responsabilidad de los mecánicos.

La categoría mecánica incluye lavandería, calefacción, aire acondicionado, cocinas, sistemas de refrigeración, instalación de oxígeno y vacío, mantenimiento de equipos de anestesia y reanimación y plantas de gas propano.

4. Corresponde a los electricistas la instalación y el mantenimiento de los electrodomésticos, las reparaciones eléctricas urgentes, los ascensores, la ilumi-

nación interior y exterior de los edificios, el cuidado y limpieza de las baterías de acumuladores, así como el mantenimiento general y la conservación de los cuadros de baja tensión.

5. Calentadores: Monitoreo continuo de la planta térmica y frigorífica, incluyendo su mantenimiento, manejo y limpieza; mantenimiento y limpieza de muebles, radiadores o tuberías de aire acondicionado; instalación de vapor; tuberías, válvulas y desagües; esterilización central; hervidores, esterilizadores y equipos similares; y recepción y supervisión de envíos y uso de combustible. En el taller trabaja en proyectos relacionados con las instalaciones que supervisa.

6. Las instalaciones de fontanería y agua caliente sanitaria, el sistema sanitario del edificio, las pequeñas ampliaciones y mejoras de la red y la gestión del suministro de agua son responsabilidad de los fontaneros.

7. Los albañiles deben mantener y limpiar periódicamente los sistemas de alcantarillado, chimeneas, revestimientos refractarios de calderas, techos y bajantes.

8. La construcción y conservación de muebles de madera, estanterías, la instalación e inspección de cerraduras y el mantenimiento de puertas, mamparas y otros objetos de madera son responsabilidad de los carpinteros.

9. Los jardineros son los encargados de ordenar, conservar y mantener los jardines.

10. Los pintores ofrecen servicios generales, como pintura y esmaltado de mobiliario médico, mantenimiento y renovación de pintura interior y exterior.

5 Discusión-Conclusión

Los servicios de mantenimiento hospitalario suelen estar infravalorados porque no están incluidos en el tratamiento médico, a pesar de que son un componente esencial de los hospitales y ayudan a su correcto mantenimiento y funcionamiento. Los pacientes no se dan cuenta de la cantidad de trabajo que implica cuando visitan hospitales o centros de salud y descubren que todo está en perfecto estado de funcionamiento.

Aparte de las tareas diarias programadas regularmente, siempre hay emergencias que deben solucionarse de inmediato para que la atención médica pueda continuar. Y aunque es una tarea diaria, no se reconoce y, por tanto, no se le da el valor suficiente.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 535

EL CALEFACTOR Y EL MANTENIMIENTO DE UNA CALDERA DE UN HOSPITAL

FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

ÁLVARO FERNÁNDEZ COLLADO

FRANCISCO GONZALEZ TEBAR

ANTONIO RUIZ ESCUDERO

1 Introducción

Las plantas de vapor aportan este elemento en forma de agua caliente para instalaciones, sistemas de calefacción, esterilización y equipamiento de cocina. Sin embargo, los túneles que unen las instalaciones de varios edificios pierden ocasionalmente energía térmica.

Las tres categorías principales de mantenimiento de calderas son:.

- Mantenimiento preventivo: Dado que la ley estipula que las calderas requieren un mantenimiento de rutina, incluso si no se rompen específicamente, es obligatorio. Es más seguro para las instalaciones de la empresa, así como para la salud de los trabajadores y más rentable porque permite detectar posibles averías antes de que se produzcan y evita poner en peligro la continuidad de la producción.
- Mantenimiento predictivo.

- El mantenimiento correctivo: es más costoso que el mantenimiento preventivo o predictivo porque requiere el reemplazo de equipos completos o partes individuales.

Cuando se ponga en práctica este plan de mantenimiento, se logrará la calefacción de un hospital como resultado de un funcionamiento confiable, seguro y optimizado de la caldera.

La sala de calderas, que está específicamente diseñada para la puesta en marcha y mantenimiento de instalaciones térmicas y de vapor, incluye también el aislamiento y todos los accesorios, como el tanque de purga, el tanque de expansión de purga y toda la tubería de suministro de vapor. a la sala de esterilización del centro médico.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la importancia que tiene las rutinas de mantenimiento en una caldera por el calefactor de un hospital.

3 Metodología

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

4 Resultados

La personalización de la instalación de generadores instantáneos de vapor para satisfacer requisitos específicos es uno de los servicios más solicitados en la industria sanitaria. Debido a esto, si los equipos e instalaciones no están bien aislados, los calefactores de los hospitales pueden notar ocasionalmente que los tanques y tuberías de agua caliente emiten calor al exterior, con la consiguiente pérdida de calor y eficiencia.

El calefactor hospitalario debe centrarse más en el mantenimiento que en las reparaciones para conseguir un rendimiento óptimo de todos los equipos, especialmente en calderas y quemadores, para evitar incidencias y paradas que interfieran en las labores de generación de electricidad.

Para el mantenimiento de calderas industriales existen cinco frecuencias.

1. El paso inicial es el mantenimiento diario.

- Verificación de niveles de agua y combustión.
- Mantenga limpio el fondo, el nivel y la superficie.
- Limpieza del agua en un horario predeterminado.
- Investigar las relaciones entre la presión del agua de alimentación, la temperatura, la presión del gas de alimentación, la presión del vapor y el consumo de agua.

2. Mantenimiento semanal. Las válvulas de combustible, las conexiones de aire y combustible, los sistemas de luces de alarma, las conexiones de seguridad y cualquier fuga, vibración o ruido extraño son solo algunos de los parámetros que se examinan.

3-Mantenimiento semestral. Implica inspeccionar piezas eléctricas y refractarias, limpiar el control de nivel de agua y revisar la bomba de aceite, filtro de aire, alineación del compresor, etc.

4- Mantenimiento anual. Es necesario revisar el interior del contenedor, limpiar los tubos de fuego e inspeccionar la cámara de agua.

5- Cinco años de mantenimiento. Se trata de la revisión de parámetros a largo plazo (como el test hidráulico de la caldera), que no todas las empresas de mantenimiento de calderas ofrecen.

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir que el mantenimiento preventivo nos permite tener un histórico, conocer el estado de las calderas y sus equipos auxiliares, localizar las causas profundas de las averías para poder solucionarlas, aumentar la fiabilidad, y aumentar la disponibilidad de equipos. Por el contrario, el mantenimiento correctivo requiere la extracción y sustitución de piezas del calentador, lo cual es un proceso más lento y costoso. Debe completar su educación y capacitación antes de poder instalar y mantener una caldera o un calentador de hospital. El calefactor hospitalario debe centrarse más en el mantenimiento que en las reparaciones para conseguir un rendimiento óptimo de todos los equipos.

6 Bibliografía

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

Capítulo 536

LA SUSTITUCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LOS PURGADORES Y LAS VÁLVULAS DE LAS CALDERAS DE UN HOSPITAL POR EL CALEFACTOR

FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA

ÁLVARO FERNÁNDEZ COLLADO

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

FRANCISCO GONZALEZ TEBAR

ANTONIO RUIZ ESCUDERO

1 Introducción

El punto más alto de la instalación del radiador debe tener drenajes automáticos o manuales porque es donde se acumula la mayor parte del aire.

El sistema de calefacción funciona correctamente y de esta forma se facilita su salida al exterior.

Las trampas son válvulas que liberan gases o aire de tuberías que están llenas de líquido.

La parte superior lateral de los radiadores es donde se encuentran las salidas de aire.

La válvula de purga, que generalmente se encuentra en el costado de la bomba diésel, debe usarse para eliminar el aire que aún pudo haber ingresado para que todo funcione correctamente.

1. Manual: Para eliminar el aire del sistema, la mayoría son manuales y requieren la acción del usuario.

2. Automático: Con este componente, el sistema de calefacción se encarga de la purga por sí mismo sin requerir la atención del calefactor.

Los purgadores son utilizados por los calefactores hospitalarios para limpiar los radiadores y calderas.

La forma de hacerlo más efectiva es aumentar el rendimiento de un equipo que ha disminuido significativamente su rendimiento, pero que no muestra síntomas de una falla específica es, sin duda, realizar una purga de caldera adecuada y según lo programado.

2 Objetivos

- Dar a conocer qué son los purgadores y cuando hay que purgar la caldera.
- Mostrar como lo hace el calefactor como personal de mantenimiento.

3 Metodología

La investigación se basó en una exhaustiva revisión bibliográfica de la literatura científica ya publicada.

Se ha realizado una búsqueda de artículos sobre los miembros del personal de mantenimiento del hospital, como la calefacción, así como una revisión de la literatura en las bases de datos como PubMed, Medline y Scielo y una consulta de las políticas y procedimientos del hospital.

4 Resultados

La purga de calderas ayuda a prevenir la corrosión y el mal funcionamiento interno de los equipos al eliminar las burbujas de aire que obstruyen la circulación del agua y disipan el calor de la transferencia de calor (agua), aumentando el consumo de combustible y, como resultado, las emisiones contaminantes.

¿Cuándo se requiere la purga de una caldera por parte del personal de mantenimiento, como por ejemplo el calentador?:

- Se aconseja purgar la caldera una o dos veces al año como medida de mantenimiento preventivo, aunque no haya problemas inmediatos.
- Cuando finaliza la estación cálida y la caldera está a punto de entrar en un periodo de intensa actividad tras un periodo prolongado de inactividad. Esto suele ocurrir al comienzo de la temporada de otoño.
- Siempre se recomienda purgar una caldera nueva antes de su instalación. Sin ser purgados, los gases harán que la temperatura aumente peligrosamente, encendiendo la caldera.
- Cuando los gases de combustión se sobrecalientan, obstruyen la caldera.
- Incluso después de purgar los radiadores, las burbujas de aire en el circuito de calefacción siguen provocando vibraciones en los conductos y ruidos de estrías.
- Si el problema de la caldera tiene una causa raíz no identificada.
- Cuando los circuitos eléctricos y los componentes de la caldera están impecables, pero los radiadores no calientan al nivel adecuado.

La purga de una caldera implica los siguientes cuatro pasos:

1. Apague la caldera por completo.
2. Busque la válvula de purga de la caldera.
3. Para completar el proceso es necesario purgar los radiadores.
4. El calentador necesita combustible.

En las calderas de gasóleo, ocasionalmente son necesarias purgas de aire en el circuito de gasóleo. Una consecuencia de que el depósito de gasóleo se agote es que puede entrar aire en el depósito o que la caldera ni siquiera arranque cuando se vuelva a llenar el depósito.

5 Discusión-Conclusión

Una caldera requiere un mantenimiento de rutina, en este caso, la purga de las calderas se realiza mediante un calentador de un hospital.

El propósito de la trampa es eliminar el aire del circuito primario de la caldera, lo que reduce el ruido y el cabeceo de la bomba y al mismo tiempo aumenta la producción de calor que emite los radiadores y de la caldera en su conjunto.

El calefactor de un hospital también debe conocer las posibles causas por las que la caldera se purga en un momento determinado, además de conocer la ubicación de todos los purgadores.

6 Bibliografía

1. www.scielo.org.

2. www.revistamedica.com.

Capítulo 537

EL CELADOR Y SU PAPEL EN LA SALA DE PARTO Y PLANTA DE MATERNIDAD DE UN CENTRO HOSPITALARIO

FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA

JOSE LUIS BENITEZ LASERMA

ALBA ROMERO PARADA

MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA

MARIA DEL ROSARIO ATIENZAR PEREZ

1 Introducción

La categoría de celador en los hospitales es aquella en la que el empleado debe realizar tareas que son iguales para todos, pero cada servicio hospitalario, como el piso de hospitalización, los centros de salud, los quirófanos y otros, tiene su propio conjunto de funciones.

El celador del almacén, por ejemplo, está exento de tener que mover pacientes, cambiar de postura, utilizar grúas, etc. Lamentablemente, solo puede mover material sanitario.

Dado que el paciente se encuentra en las etapas finales de su vida, el asistente de medicina paliativa debe velar por su comodidad y tranquilidad durante su estancia. Esto requiere una relación muy estrecha entre las dos partes.

El celador puede estar sometido a una mayor tensión física en algunos puestos que en otros, y en algunas unidades, la tensión psicológica puede ser muy grande y tener un impacto personal, social y local en el trabajador.

También debe estar preparado para tratar con pacientes que quedan inmóviles debido a la ansiedad, la perturbación o la violencia en el piso de hospitalización psiquiátrica. Así mismo, hay que vigilar con mucha atención las salidas y entradas a la planta, porque ha habido casos en los que pacientes se han escapado. Luego se explicarán las responsabilidades fundamentales del celador en la planta de parto y maternidad.

2 Objetivos

- Explicar los deberes y funciones de un celador durante el parto y en la sala materno infantil del hospital.

3 Metodología

Como parte de la investigación para el desarrollo del presente trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica del cuerpo actual de literatura científica.

Se han realizado búsquedas exhaustivas en libros y también se han consultado artículos de las tres bases de datos principales: PubMed, Medline y Scielo.

Estos artículos fueron elegidos porque eran científicos y tenían contenido pertinente al tema del estudio.

4 Resultados

El celador de planta de maternidad es el encargado de trasladar a la futura paciente desde su habitación de ingreso hasta la zona de parto.

Se le puede practicar una cesárea si el bebé está en peligro o dejarla en una de las habitaciones para controlar sus contracciones hasta que se dilate lo suficiente para dar a luz.

Si la madre da a luz sola, se la traslada de la cama a la mesa de partos con la ayuda de otro compañero.

Si necesita cesárea, la llevará al quirófano y la cambiará, con ayuda, a la mesa donde se procederá a la intervención, además llevará la incubadora al quirófano para introducir al recién nacido y lo trasladará a planta neonatal una vez realizados los análisis necesarios.

Antes de llevar a la futura madre a la sala de partos, ayudará a la mujer embarazada con la higiene usando el baño, rasurando la zona pélvica, administrándole el enema y haciendo todo lo que se le pide.

La madre será llevada a un área de recuperación si dio a luz como resultado de una cirugía, pero no en caso contrario de ser parto natural

Si un paciente ingresa a urgencias y se dirige directamente a la sala de partos, el celador también se encarga de los trámites y artículos personales de la paciente, además de trasladar a la madre y al niño.

Será responsable de entregar la orina, la sangre y otras muestras al laboratorio para su análisis.

También transportará voluminosos artículos farmacéuticos, así como el mobiliario necesario para los sanitarios, la maquinaria solicitada y otros elementos.

Tan pronto como esté en la planta de maternidad, el celador es el encargado de regular la entrada y salida de visitantes para evitar que una sala abarrotada perturbe la tranquilidad de la madre y el recién nacido.

Deberá notificar de inmediato al personal correspondiente si encuentra algún daño, observa un uso inadecuado de las instalaciones o nota algún desorden o miseria.

Una vez que la paciente recibe el alta, el celador la empuja en silla de ruedas hasta la puerta.

5 Discusión-Conclusión

El celador de la sala de partos y materno infantil es el encargado de trasladar a la madre a la sala de partos o quirófano, ayudar al personal médico en todas las tareas relacionadas con su trabajo y llevar al bebé cesárea a la sala de bebés

Dado que es responsable de ayudar al personal médico con la higiene de la mujer embarazada antes de que ingrese a la sala de partos, por ejemplo, las funciones de este porteador son diferentes a las de los demás miembros de la categoría.

Para poder desplazar tanto a la madre como al niño rápidamente, el celador debe ser consciente de todas sus capacidades y saber exactamente dónde se encuentra cada habitación.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/celador-planta-maternidad/>.
2. www.scielo.org.

Capítulo 538

EL PINCHE DE COCINA EN APOYO Y COLABORACIÓN DE LA RECOGIDA DE MUESTRAS

MONICA GARCIA RUBIO

PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO GARZÁS

MARÍA DE LA SIERRA CAMACHO CAÑADILLA

CRISTINA CAMARENA CRIADO

ELENA MARTÍNEZ BENITO

1 Introducción

En la cocina de todo medio hospitalario, centros sociosanitarios, ya sean públicos o privados, así como cualquier centro en el cual se elaboren menús, es obligatorio, por ley, coger las muestras de cada plato preparado.

En España, se ha establecido un reglamento, en el cual se recoge el protocolo de la recogida de muestras alimenticias: Real Decreto 538/2015, para su posterior análisis y determinar la causa de una toxiinfección alimentaria, en el caso de haberla.

De esta forma, se garantiza poder dar con la causa de cualquier bacteria que haya sido producida por alguna incidencia con los alimentos que componen en un menú. En este caso, en un menú hospitalario.

El que suele realizar la recogida de muestras es el o la cocinero/a o el o la dietista, pero el pinche de cocina, bajo una necesidad, deberá ser quien lo recoja o apoyar el procedimiento.

Existe un protocolo estricto sobre su recogida y almacenamiento, el cual, explicaremos en este capítulo.

Es importantísimo que el pinche de cocina, conozca todos y cada uno de los procedimientos que se realizan dentro de una cocina de un hospital, ya que es un servicio que índice directamente con el paciente y su estancia.

2 Objetivos

- Dar a conocer el protocolo de la recogida de muestras del menú hospitalario.
- Comprender la importancia de la correcta manipulación y refrigeración de las muestras, así como la higiene y tiempo establecidos.

3 Metodología

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

4 Resultados

1. Antes la recogida de muestras debemos realizar una serie de pasos previos:
 - Nos lavaremos las manos, seleccionaremos las bolsas de muestras que vamos a necesitar y las rotularemos con la fecha, la ingesta y el nombre del plato.
 - Después, nos volveremos a lavarnos las manos, colocándonos guantes, gorro y mascarilla.
 - Seleccionaremos los instrumentos, los cuales cogeremos los alimentos, como cazos de 10 cc, paletas, cucharas, etc.
 - Tenemos que tener en cuenta, que todo lo destinado a coger las muestras, tanto las bolsas como los materiales, deberán encontrarse estériles.
 - Las muestras que vayamos a coger, deben ser las equivalentes a una ración, es decir, 200 gr o 200 ml (dependiendo de si es sólido o líquido respectivamente).
2. Una vez que comencemos a recoger las muestras:

- Utilizaremos un artillugio diferente con cada muestra, nunca el mismo.
3. Una vez recogidas las muestras del alimento:
- Deberemos asegurarnos que se cierran herméticamente y que no existen fugas.
 - Para finalizar, las muestras se deben almacenar en frío, en cubetos o estantes destinados únicamente a guardar las muestras.
 - Normalmente, suelen estar clasificadas por zonas y asignadas a cada ingesta del día.
 - Sus cubetas o estantes deberán estar perfectamente limpios y desinfectados.
 - El periodo de almacenamiento es de 7 días. Una vez transcurran ese periodo de tiempo, las muestras se eliminarán al contenedor específico, y siempre comprobando que se encuentran bien cerradas y que no existe posibilidad de que pueda contaminar cualquier zona de la cocina.
 - Los cubetos de almacenaje, una vez que se retiren las muestras que han permanecido ahí 7 días, deben lavarse y dejándolo listo para las actuales, que permanecerán, también, 7 días. Y así, sucesivamente.
 - Si existe algún plato que tan solo se elabora para una ración o dos, como mucho. No es necesario recoger muestra sobre ella.
 - Los alimentos que ya se encuentran envasados, como pueden ser los postres (yogures, natillas, etc.) suele anotarse la fecha de caducidad, sin necesidad de coger muestra.
 - Es indispensable anotar en un registro las muestras que se han recogido, así como, la temperatura a la que se encuentran a la hora de ser recogidos. Para ello, se utilizará un termómetro, con una sonda que se introduce en el alimento y nos otorga la temperatura exacta.
 - Las condiciones deben ser lo más asépticas posible y debemos tener en cuenta que no se debe hablar durante el procedimiento de recogida, ni toser, ni estornudar, ni rascarse, ni ninguna acción que pueda contaminar el género.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada se constata que la función de recoger las muestras es fundamental, ya que supone un gran avance a la hora de necesitar detectar alguna toxiinfección alimentaria.

Pero para su recogida, se precisa de un protocolo muy estricto, que todo personal debe conocer y no debe dejar pasar por alto, de esta forma, evitaremos contaminar desde el exterior las muestras.

La función del pinche de cocina, ya sea en apoyo o en la actuación única de las recogidas, es imprescindible y fundamental dentro de un hospital. Así como, su

registro, limpieza y almacenamiento.

Todo debe encontrarse a punto y en perfecta condiciones, por lo que, directa o indirectamente, el pinche de cocina supone una pieza fundamental a la hora de realizar la recogida de muestras.

6 Bibliografía

1. El protocolo de toma de muestras de alimentos en España | Precintia.
2. Aecosan - Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (aesan.gob.es).

Capítulo 539

EL PINCHE DE COCINA Y LA HIGIENE DEL MENAJE: EL TUNEL DE LAVADO

MONICA GARCIA RUBIO

MARÍA DE LA SIERRA CAMACHO CAÑADILLA

CRISTINA CAMARENA CRIADO

PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO GARZÁS

ELENA MARTÍNEZ BENITO

1 Introducción

A pesar de que existe muchos útiles que deben lavarse a mano, como los instrumentos metálicos y de cocina, por sus dimensiones y material de fabricación; existen ciertos instrumentos y/o menaje que sí es posible lavar mediante calor y detergente a presión.

Normalmente, los materiales que se lavan en máquinas son aquellos que han estado en contacto directo con el paciente, como por ejemplo: platos, cuchillos, tenedores, cucharas y vasos, entre otros.

La obligación por ley, de tener túneles o cintas de lavado en los centros hospitalarios y centros destinados al cuidado de usuarios, marca un antes y un después en la sanidad alimenticia.

Debido a que en estos grandes artilugios alcanzan altas temperaturas, la desinfección del género está asegurada.

Además de proporcionar las mayores medidas de asepsia, facilita y reduce los tiempos de trabajo en la cocina del hospital.

Ahora bien, ¿qué son los túneles de lavado o cintas de lavado?

Son enormes lavavajillas, que disponen de una cinta móvil con una entrada y salida, donde se apilan los platos en bandejas y se introducen dentro del túnel, y finalmente, terminan completamente limpios y desinfectados.

Los pinches de cocina son los principales usuarios en realizar esta función, la cual dispone de ciertos pasos que explicaremos a continuación.

2 Objetivos

- Dar a conocer las partes fundamentales del túnel o cinta de lavado.
- Comprender la importancia de esta maquinaria, así como su utilización.
- Saber distinguir las diferentes funciones del pinche de cocina en esta área de trabajo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Antes de destacar las zonas y las partes en las que se organiza un túnel de lavado, hemos creído conveniente resaltar sus ventajas:

1. Ahorro de agua.
2. Aumenta la seguridad de los trabajadores.
3. Se aseguran las medidas de asepsia, eliminando gérmenes y microorganismos patógenos.
4. Optimiza los tiempos de trabajo.

Los trenes o túneles de lavado más comunes en las cocinas de un hospital son los trenes de lavado de arrastre, los cuales, permiten introducir diferentes tipos de menajes, gracias a la versatilidad de las bandejas que los incorporan.

Los túneles tienen la siguiente misión:

- Elimina la grasa y las zonas con suciedad seca y adherida al menaje.
 - La temperatura que alcanza son aproximadamente entre 40 °C y 50 °C.
- Una vez atacado los dos puntos anteriores, comienza el aclarado:
- Normalmente, con un primer aclarado, entre 62 °C y 65 °C.
 - Después, se realiza el segundo aclarado que alcanza hasta los 70 °C.
 - En algunos, cuenta, con un tercer enjuague, en el que las temperaturas sobrepasan las anteriores (75 °C y 80 °C).

Para finalizar, existe la zona de soplado, en la cual se eliminan el exceso de gotas que se encuentran en el menaje.

En algunos túneles de lavado, existen también la zona de secado, y última, donde los utensilios reciben una corriente de aire caliente (entre 50 °C y 65 °C), en la cual, los platos, vasos y demás menaje salen completamente secos.

A la hora de realizar las técnicas de lavado en el túnel, se precisa de más de un profesional, en el cual se repartirán el trabajo para realizarlo de forma eficaz y rápida.

Es indispensable destacar que antes de introducir los platos, cubiertos, vasos y bandejas en el túnel de lavado, deben aclararse previamente para disolver de forma exógena el máximo de grasa y/o comida posible.

Una vez que termina el lavado, uno de los trabajadores deberá ser el encargado de colocar y dejar todo preparado para la ingesta siguiente.

El pinche de cocina tiene innumerables funciones en la cocina de un hospital, y una de las que realiza es la de estar presente en el túnel de lavado.

5 Discusión-Conclusión

La labor del pinche de cocina en el túnel de lavado, por muy simple que parezca, se trata de una ejecución importantísima, ya que se asegura la inocuidad del menaje y se elimina todo microorganismo contaminante que puede llegar adherido de la planta del hospital.

La correcta utilización y ejecución puede suponer una gran diferencia con hacerlo inadecuada o erróneamente, puesto que, si no son eliminados todos los gérmenes, la salud de los pacientes puede verse muy afectada.

Por todo esto, el pinche de cocina, desempeña una función importantísima a la hora de llevar a cabo diversas funciones y, como en este caso, en el túnel o cinta de lavado.

6 Bibliografía

1. 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" (congresosicepa.com).

Capítulo 540

EL PINCHE Y EL APOYO EN COCINA

MONICA GARCIA RUBIO

ELENA MARTÍNEZ BENITO

CRISTINA CAMARENA CRIADO

MARÍA DE LA SIERRA CAMACHO CAÑADILLA

PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO GARZÁS

1 Introducción

Todos sabemos que una de las funciones más indispensables es el apoyo en cocina, a pesar de que existen muchas otras, es la función que realiza el pinche con respecto a la cocina junto al cocinero o cocineros.

La estructura y definición del pinche de cocina es la de ayudar y mostrar apoyo en la cocina, realizando miles de funciones para optimizar el trabajo y garantizar que el mismo, salga correctamente y en los tiempos establecidos.

El cocinero tiene como principal tarea la de cocinar, pero el pinche será quien prepare cada alimento para su posterior elaboración.

El pinche de cocina es una pieza clave a la hora de desempeñar cualquier actividad dentro de la cocina, y más, cuando se trata de una cocina de un hospital.

Los conocimientos tienen que ser múltiples, desde protocolos de higiene, técnicas culinarias, tipos de cortes, hasta conocimientos sobre elaboración y cocción.

La limpieza que realizan de las superficies y de los utensilios supone un punto clave para cuidar de la salud del paciente y de todo quien esté alrededor.

En este capítulo destacaremos las funciones más importantes del pinche que muestra su apoyo en cocina, así como todas las ventajas que se muestran con sus cometidos.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones más características del pinche de cocina en apoyo al cocinero.
- Comprender la importancia de este profesional y sus labores a ejercer.

3 Metodología

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

4 Resultados

En este apartado desglosaremos que realiza el pinche en el apoyo en cocina:

1. Preparación de los ingredientes necesarios para la elaboración del plato que se va a realizar, así como la organización de cada uno de los productos:

Una vez se sepa el plato o platos que se van a preparar, el pinche será quien prepare cada alimento, es decir, se encargará de lavar, pelar, cortar, deshuesar, etc. la materia prima.

También, deberá llevar el control de la higiene de los instrumentos, muy importante, entre alimento y alimento, como por ejemplo, la limpieza de la tabla de corte una vez deshuesado el pollo, para posteriormente realizar el corte de una patata.

2. Cocción de los alimentos:

A pesar de que esta función es del cocinero o cocineros, puede apoyar en su realización, como vigilar los tiempos, realizar ciertos movimientos en los sofritos y sopas para evitar que se peguen, etc. También, deberán prestar atención a las temperaturas.

3. Orden y limpieza en la cocina:

Una vez que se haya utilizado un instrumento, una superficie, o un condimento o alimento, deberá limpiar y mantener en orden la zona de trabajo, de esta forma, se evitarán posibles contaminaciones o problemas de cortes o lesiones por tener instrumentos, obstaculizando la actuación.

4. Siempre que sea necesario, deberá ayudar al cocinero o cocinera a realizar cualquier acción, como la de encender los fuegos o servir los platos en la cinta de emplatado.

5. Los pinches en apoyo en cocina, deben tener una serie de conocimientos esenciales:

- Deben conocer las normas de seguridad alimenticia establecidas por la ley, así como, las reglas de salubridad.
- Tener unas pautas y conocimientos mínimos sobre la nutrición y ciertas dietas más comunes dentro del hospital en el que trabajan.
- Ser conscientes en todo momento de la importancia de la higiene y de la realización de ciertas técnicas culinarias.
- Tener conocimientos mínimos sobre la preparación y elaboración de los alimentos.

5 Discusión-Conclusión

El pinche en el apoyo en cocina muestra una serie de ventajas que no deben pasar desapercibidas.

Es indispensable que el pinche de cocina realice cada función con conciencia y perfeccionamiento.

El profesional desempeña unas funciones muy importantes a la hora de realizar cualquier menú, no solo como apoyo, sino como principal combatidor de infecciones y contaminaciones cruzadas. Su ayuda asegura realizar un trabajo correcto, con los tiempos de plazos establecidos y con la tranquilidad de que dos ojos ven más que uno.

Debemos concienciarnos en la gran función que desempeña cada pinche en su ámbito o zona de trabajo, ya que sin ellos, realizar múltiples trabajos no sería posible.

6 Bibliografía

1. Qué es un Pinche de Cocina: Funciones y Sueldo en 2023 (estudiarcocina.com).

Capítulo 541

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: FUNCIONES DEL CELADOR DURANTE EL INGRESO DESDE LA UNIDAD DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS AL RESTO DE UNIDADES DEL CENTRO HOSPITALARIO

NURIA GARCÍA GARRIDO

VICENTE GARCIA MARTÍNEZ

VICENTE GARCÍA GARRIDO

CRISTIAN DEVARSI DE LA OSSA

VISITACIÓN LÓPEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Se entiende como unidad de observación de urgencias o sala de observación aquella unidad dentro del servicio de urgencias destinada a los pacientes que requieren de una observación durante las próximas 24 a 72 horas para compro-

bar la evolución de su enfermedad y si evoluciona el tratamiento administrado por el médico a cargo del paciente.

En esta unidad del servicio de urgencias se determinará si se requiere la realización de mayor número de pruebas para determinar el diagnóstico de la enfermedad que padece el paciente, o si pueden dar el alta al paciente al no requerir hospitalización.

Si se precisa el ingreso del paciente, el traslado será llevado a cabo exclusivamente por el celador, sin embargo, deberá ser acompañado en los siguientes casos:

- Si el paciente se encuentra en un estado delicado, el traslado será realizado por el celador y por el equipo de enfermería a cargo del paciente.
- En el caso en el que el paciente se encuentre monitorizado, el traslado será realizado por el celador junto al equipo de enfermería y el equipo médico a cargo del paciente.

A lo largo del desarrollo de este capítulo científico se explicará la actuación llevada a cabo por el celador durante los ingresos de los pacientes, desde la sala de observación de urgencias hasta las plantas de hospitalización o al resto de unidades de un centro sanitario.

2 Objetivos

- Enumerar las normas de actuación que se deben tener en cuenta los celadores durante cualquier traslado de los pacientes.
- Detallar la actuación del celador durante el ingreso de un paciente desde la unidad de observación de urgencias al resto de unidades del centro hospitalario.

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

Una vez el médico a cargo del paciente que se encuentra en la sala de observación de urgencias determina su ingreso en el centro hospitalario, es función

del celador realizar el traslado y, por lo tanto, realizar dicho ingreso.

La ejecución por parte del celador de una serie de normas de actuación durante los traslados de los pacientes pretende conseguir el siguiente objetivo: Garantizar la seguridad del paciente durante el traslado.

Normas de actuación durante los traslados:

- Utilizar el medio de traslado idóneo para cada paciente, solicitando la información necesaria al equipo de enfermería a cargo del paciente para determinar el medio adecuado.
- Realizar un traslado moderado, es decir, mantener una velocidad estable, evitando dar acelerones y frenadas muy bruscas.
- Subir las barandillas de las camillas y de las camas hospitalarias.
- Vigilar el estado de los dispositivos que porte el paciente, antes de salir de la habitación, durante el traslado y al llegar al destino.
- Actuar correctamente a la hora de entrar y salir de los ascensores.
- Bajar de espaldas durante las cuestas.
- Empujar al paciente desde abajo en las cuestas.

Una vez conocidas las normas de actuación, se va a explicar el procedimiento realizado por los celadores durante el ingreso de los pacientes en el resto de unidades del centro hospitalario.

- Cuando el equipo de enfermería comunica al celador que ya puede realizar el ingreso del paciente, este le solicitará la documentación clínica generada en el servicio de urgencias para entregárselo al equipo de enfermería que se quede a cargo del paciente una vez realizado el ingreso.
- Explicar al paciente que se va a proceder a realizar el ingreso y comunicarle la planta de hospitalización en la que va a ser ingresado, así como el número de habitación asignada.
- Ayudar a los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería a transferir al paciente desde la camilla o cama de la sala de observación de urgencias a la cama hospitalaria de la unidad en la que el paciente es ingresado.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo para la realización de este trabajo, se constata la importancia de las actuaciones ejecutadas por los celadores adscritos al servicio de urgencias, concretamente en la sala de observación de urgencias.

Es importante destacar que los celadores deberán tener en cuenta una serie de normas de actuación durante la realización de cualquier tipo de traslado de pacientes, especialmente cuando el traslado es de pacientes que se encuentran en

un estado de salud crítico o reservado. Es de vital importancia seguir las normas de actuación para proporcionar seguridad al paciente durante todo el traslado.

6 Bibliografía

1. Aguilar,M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada logoss. 2013.
2. Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
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

LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL ANIMALARIO EN LOS CENTROS SANITARIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

MARÍA DOLORES ALMENDRAL TOMÉ

JONATAN VICENTE BARROSO

GLORIA PANIAGUA LEAL

JUANA DUQUE DUQUE

REMEDIOS LUCIA CANO PATERNA

1 Introducción

La ubicación física donde se mantienen los animales utilizados en los estudios de investigación se conoce como "animalario". Estas instalaciones se encuentran dentro de los centros hospitalarios, en el cual brindan atención médica especializada a animales.

El término "animalario" se define como la "instalación donde se mantienen animales para estudios de laboratorio" en el diccionario de la RAE.

Se requiere la presencia de una persona que se encargue del cuidado de los animales porque existen muchos estudios científicos en el campo de la salud que involucran la experimentación con animales. Estos animales son cruciales para estos estudios, por lo que se requiere su presencia.

Los celadores asignados a este servicio serán los encargados del cuidado de estos animales en centros de atención especializada. Sin embargo, deben responder ante los responsables de los estudios experimentales, incluidos los científicos que utilizan estos animales en sus investigaciones y los veterinarios que se encargan de su cuidado. Estos celadores reportarán al jefe del personal subordinado. Durante el desarrollo de este capítulo científico se realizará una breve explicación de las funciones que desempeñan los celadores asignados a las instalaciones para animales de los centros sanitarios de atención especializada donde se realizan experimentos con animales.

2 Objetivos

- Describir las funciones que desempeña el celador adscrito al servicio del animalario de los hospitales de atención especializada que realizan experimentos con animales.

3 Metodología

Como parte de la investigación para el desarrollo de este capítulo se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica actualmente publicada. Se han realizado búsquedas sistemáticas de artículos en las bases de datos principales, PubMed, Medline y Scielo y se han elegido artículos científicos de publicaciones académicas examinadas.

4 Resultados

El estado de salud de los animales será atendido por los veterinarios que trabajan en el centro de investigación de los centros sanitarios de atención especializada. Los miembros del personal subordinados asignados a ese servicio se encargarán del resto de la atención. Las siguientes son algunas de las funciones que deben realizar los celadores:

1. Limpieza de animales.

- Después y antes de participar en estudios de investigación, se debe preparar a los animales.
- Los cuerpos de los animales deben ser examinados minuciosamente durante el aseo diario, y los celadores están obligados a informar de cualquier anomalía al veterinario y a los encargados de los estudios experimentales.

Limpieza de las habitaciones.

- Dos veces al día se deben limpiar los dormitorios de los animales.

Cada especie necesita su propio hábitat, y cualquier animal de la misma especie que muestre un comportamiento agresivo entre sí debe mantenerse separado.

- Cualquier anomalía descubierta en las heces u orina del animal deberá ser comunicada a los tutores del animal, así como a los científicos que realicen los estudios experimentales.

2. Alimentación a los animales.

A la hora de alimentar a los animales que participan en la investigación, los celadores deben tener en cuenta una serie de factores.

- El celador debe confirmar con la sesión de selección previa del animal antes de permitirle ser alimentado. Debes esperar para no interferir con los horarios si aún no has participado en ninguna sesión.
- Dado que los animales deben recibir alimentación especializada y personalizada para cada animal y cada especie, se requiere una comunicación constante con los médicos veterinarios del servicio de investigación.
- Se debe utilizar la dosis de alimentación recomendada por los veterinarios para cada animal.
- El agua debe estar siempre disponible para los animales, procurando mantenerla fría en todo momento; si esto no es posible, se cambiará periódicamente.
- Cualquier irregularidad en la alimentación de los animales deberá ser comunicada por los celadores al veterinario, así como a los responsables de los estudios experimentales.

5 Discusión-Conclusión

La actuación del celador con los animales utilizados para la experimentación nos muestra la importancia que tiene este profesional adscrito al servicio del animalario, ya que es de vital importancia que estos animales reciban cuidados especializados e individuales para cada una de las especies existentes, puesto que son de gran importancia para el éxito de los experimentos sanitarios que se realizan en estos laboratorios. Por este motivo, los celadores deben mantenerse en contacto constante con los investigadores que realizan estos estudios e informar cualquier anomalía que noten en los animales.

Los celadores contratados por este servicio serán los encargados del cuidado de estos animales en los centros de atención especializada.

6 Bibliografía

1. Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
2. www.scielo.org.

Capítulo 543

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA

MARÍA DOLORES ALMENDRAL TOMÉ

JONATAN VICENTE BARROSO

GLORIA PANIAGUA LEAL

JUANA DUQUE DUQUE

REMEDIOS LUCIA CANO PATERNA

1 Introducción

La enfermedad cardíaca se caracteriza por desequilibrios funcionales del corazón, que lo hacen incapaz de satisfacer las necesidades de sangre del cuerpo. Un bombeo de sangre insuficiente da como resultado un suministro insuficiente de oxígeno a las células, lo que provoca fallas en el ventrículo derecho, el ventrículo izquierdo o ambos. Se puede decir que se encuentra entre los principales motivos de hospitalización de las personas mayores de 65 años, que acuden con mayor frecuencia a urgencias y necesitan ser ingresadas para seguir su evolución.

Las cirugías cardiovasculares incluyen diferentes procedimientos como trasplantes de corazón, cirugía de bypass, cirugía de válvulas o grandes vasos, etc. para un paciente cardíaco que necesita ser operado.

Una patología cardiovascular generalmente se manifiesta como dolor intenso en el pecho, dificultad para respirar, agotamiento extremo, debilidad en brazos y

piernas y otros síntomas, lo que puede provocar infarto de miocardio, hipertensión y angina o paro cardíaco.

La cardiología es una de las especialidades a las que se puede adscribir al celador. Aquí se tratan todas las patologías derivadas de problemas de la anatomía o fisiología del corazón. Por ello, es importante contar con un grupo de trabajo sólido compuesto por profesionales médicos, personal de enfermería, auxiliar de enfermería y celador, que se encargan de que este tipo de pacientes reciba una atención médica de calidad.

2 Objetivos

- Resaltar el valor del trabajo en equipo y el papel y las funciones del celador asignado al servicio de cardiología.

3 Metodología

Para el desarrollo de este trabajo se realizó una revisión bibliográfica sistemática del cuerpo de literatura científica existente, referida a la labor del celador que presta sus servicios en el servicio de Cardiología.

Se realizó una investigación en libros y artículos de las tres principales bases de datos (PubMed, Medline y Scielo), con el objetivo de seleccionar artículos científicos de publicaciones académicas revisadas por pares.

4 Resultados

Las personas mayores son sin duda el grupo con mayor riesgo de sufrir enfermedades cardíacas, pero también se observan afecciones en quienes llevan estilos de vida poco saludables, consumen tabaco o alcohol, están bajo mucho estrés, tienen diabetes y otros factores de riesgo como los mencionados anteriormente. El paciente cuya cirugía está programada generalmente va solo al lugar designado para la preparación. Pero ocasionalmente son casos de emergencia, por lo que el celador lo llevará a la puerta del quirófano donde el equipo lo estará esperando para atenderlo rápidamente.

El celador lo llevará de su habitación a la sala, donde es posible que deba colocar al paciente, porque generalmente se realiza una radiografía de tórax antes de la programación o entregar muestras de laboratorio. Dejará su historial médico con él cuando lo deje en la puerta del quirófano.

El celador del quirófano debe tener un conocimiento profundo de cómo funcionan el quirófano, los accesorios y los dispositivos porque deberá seguir las instrucciones del cirujano y del personal de enfermería una vez dentro. Colocará al paciente en la mesa del quirófano y le aplicará los arcos, aparatos ortopédicos u otros dispositivos. También asumirá cualesquiera que sean otros cargos necesarios durante la intervención o una vez finalizada la misma. Así mismo, entregará las muestras al laboratorio para su análisis.

Una vez que haya terminado, el celador trasladará al paciente de la mesa a una cama o camilla y lo llevará a la unidad de cuidados intensivos (UCI), donde será evaluado y se seguirá su progreso. El celador debe tener consigo una radiografía portátil porque habrá un procedimiento de rayos X.

En los días siguientes, los miembros del personal a cargo de la UCI ayudarán con el uso del baño y los ajustes posturales, teniendo especial cuidado con los tubos y las vías. Si todo va según lo previsto, será extubado en los próximos días, momento en el que la enfermera de la UCI lo llevará al suelo en silla de ruedas o en una cama, según lo previsto.

En general, observamos que el celador juega un papel importante en cada zona por la que pasa un paciente sometido a una intervención cardiovascular.

5 Discusión-Conclusión

Dado que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte, es fundamental contar con personal especializado en el campo de la cardiología. Esto permite el uso de diversos tratamientos, incluida la intervención quirúrgica, ya sea para prevenir enfermedades o tratar patologías existentes.

En este ámbito, el celador necesita tener una amplia formación sobre este tipo de intervenciones y todo lo que conlleva, incluyendo conocer los distintos dispositivos y aparatos, cómo funciona la mesa de operaciones, cuál es el protocolo a seguir con los pacientes antes, durante y después de la intervención, siguiendo las instrucciones del equipo médico y de enfermería, entendiendo la importancia de la toma de las muestras a analizar, y la toma de radiografías antes y después de la operación, que requerirá al celador para realizarla.

6 Bibliografía

1. Buscadores en internet con palabras clave: Celador, cardiología, enfermedad cardiovascular.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.

Capítulo 544

EL CELADOR Y SU COMETIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

BEATRIZ MARÍN GARCÍA

MARIA SOLEDAD LANDETE LOPEZ

LLANOS LANDETE LOPEZ

MANUEL INOCENCIO MORALES

ENCARNACION PATERNA SERNA

1 Introducción

El Servicio de Urgencias es una sección del hospital y del centro de salud que se encuentra junto a la puerta de acceso de ambas instalaciones. También es posible que el Servicio de Urgencias sea un anexo al hospital con una entrada propia y fácilmente diferenciable del resto de zonas del hospital, facilitando la llegada de los pacientes que necesitan atención urgente.

Los eventos que requieren atención médica inmediata surgen a lo largo de la vida de una persona, ya sea porque su vida está en peligro y debe actuar rápidamente o porque presenta una situación de riesgo, pero no pone en peligro su vida de manera inmediata.

Es aquí donde entra el hospital como componente de la organización de atención primaria de salud, que se encarga de recibir durante las 24 horas del día a los pacientes en las circunstancias antes mencionadas y que, según su nivel, con-

tará con áreas más o menos especializadas y, en consecuencia, con profesionales similares en especie.

Cada una de las especialidades actuales de la medicina cuenta con un número considerable de departamentos dentro de un hospital.

El celador desempeña tanto sus funciones propias como las que le marca cada área de especialidad en cada una de ellas.

Este capítulo le enseñará acerca de los deberes del celador del departamento de urgencias, incluidos cuáles son, cómo actuar con diferentes tipos de pacientes y cómo comunicarse con ellos.

2 Objetivos

- Describir cuáles son las diferentes funciones y tareas que tiene que realizar un celador dentro del área de urgencias 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 han realizado investigaciones en los principales libros y en artículos científicos de una variedad de bases de datos, incluidas Dialnet, Scielo, PubMed, que han sido de gran ayuda para lograr los resultados deseados.

4 Resultados

Las tareas que realiza el celador se pueden dividir en tres categorías en función de cómo actúa en cada una de ellas. Las tareas internas son una de sus principales responsabilidades, debiendo el celador ser rápido y proactivo a la hora de saludar a los pacientes para determinar si su visita califica como urgente o emergencia para que los especialistas puedan responder de la forma que crean más adecuada en cada situación. Además, deberán asistir de inmediato al equipo médico en cualquier tarea que requiera, como lavar a un paciente, colocar almidón, realizar placas o llevar el cuerpo de un paciente a la morgue cuando fallece.

En la función externa, el celador estará a cargo de trasladar a los pacientes en sillas de ruedas o camillas a otros departamentos del hospital para realizar pruebas de diagnóstico, como el departamento de radiología, así como de transportar documentación, correspondencia y equipos relacionados con las pruebas a otros

lugares manteniendo atento a posibles averías o deterioros. Cuando un paciente necesita ser ingresado en un centro, puede surgir la necesidad de alertar al departamento correspondiente, y se buscan soluciones, además de brindar información a la familia.

Por último, al igual que el celador en la entrada del hospital, también debe realizar tareas de vigilancia dentro del centro, restringiendo el acceso a los visitantes de los pacientes y al personal médico. Mantener un camino despejado a través de los pasillos del centro y las áreas por donde circulan los trabajadores de la salud es importante para un traslado fluido de los pacientes.

Los celadores tienen prohibido discutir los diagnósticos o pronósticos de las enfermedades de los pacientes, con sus seres queridos o con los propios pacientes. Cualquier tipo de consulta debe dirigirse al personal médico encargado de la atención del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión de este proyecto de investigación, debemos destacar que el celador es un personaje sumamente crucial en el área de urgencias desde el inicio con la recepción y seguimiento del paciente, su competencia de informar a los familiares logrando que se comuniquen y su capacidad para hacer todo más tranquilo y calmar la situación. Pero también afecta indirectamente al paciente al cuidar a los médicos para que no se pase nada por alto al tratar al paciente y asegurarse de que el servicio se brinde adecuadamente.

En el ámbito de las emergencias, el celador es realmente un profesional muy importante que debe someterse a una formación continua para mejorar sus habilidades comunicativas y buscar continuamente mejorar el servicio día a día.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
2. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 545

EL CELADOR Y SU COMETIDO EN EL PROCEDIMIENTO REALIZADO DURANTE EL ASEO DIARIO Y EL CAMBIO DE ROPA DE CAMA

BEATRIZ MARÍN GARCÍA

MARIA SOLEDAD LANDETE LOPEZ

MANUEL INOCENCIO MORALES

LLANOS LANDETE LOPEZ

ENCARNACION PATERNA SERNA

1 Introducción

Los pacientes geriátricos son aquellos mayores de 70 años que presentan problemas de salud más propios de su edad que de una enfermedad concreta.

Los geriatras o especialistas en ancianos se ocuparán de estos pacientes.

En general, los pacientes geriátricos son los que más tiempo permanecen en los hospitales, ya sea hasta su alta o hasta su fallecimiento.

Por lo tanto, de acuerdo con su edad y diagnóstico clínico, necesitan cuidados variados y personalizados.

El uso de camas mecánicas articuladas con cualidades particulares, como las siguientes, es necesario para estos pacientes que pasan mucho tiempo en cama:

- Una cama mecánica que se puede posicionar de diferentes maneras, lo que ayuda a que los pacientes se movilicen más lentamente y con menos esfuerzo.
- Colchones viscoelásticos para pacientes con problemas de movilidad y colchones antiescaras para pacientes con menor movilidad y más probabilidades de desarrollar úlceras por presión.
- Barandillas de protección laterales para evitar que estos pacientes se despierten y se caigan mientras caminan solos o se caigan mientras duermen.

El celador es un actor clave en todas las tareas de asistencia a los pacientes en este estado.

Será quien, por primera vez, reciba al paciente en circunstancias difíciles cuando, a consecuencia de mala salud o enfermedad, el estado de ánimo se vea comprometido. Durante todo este proceso, el apoyo emocional del paciente será fundamental.

2 Objetivos

- Dar a conocer el procedimiento del aseo a los pacientes y la actuación y funciones de los celadores en él.

3 Metodología

El desarrollo de este capítulo implicó una investigación que implicó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada.

Se han encontrado artículos científicos seleccionados de publicaciones académicas revisadas por pares mediante una búsqueda exhaustiva de libros y artículos en las tres bases de datos principales: PubMed, Medline y Scielo.

4 Resultados

1. Procedimiento realizado durante la limpieza diaria del paciente.

En esta tarea se necesita la ayuda de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, el celador y el personal. Si es necesario tratar alguna herida o úlcera, se debe llamar a una enfermera.

Los siguientes pasos son:

- Reunir los materiales necesarios antes de iniciar el proceso para evitar mayores interrupciones.
- Quitar las mantas del paciente.

- Quitar el pijama o el camisón sucio.
- Comenzando por la cara, brazos, torso, piernas y genitales, limpiar el frente del paciente.
- Secar cuidadosamente el frente del paciente con una toalla suave.
- Mover al paciente hacia un lado.
- Limpiar la espalda del paciente, comenzando por la espalda, las piernas y las nalgas.
- Utilizar una toalla suave para secar bien la espalda. Se utilizará una toalla diferente a la utilizada en el frente.
- Utilizar lociones o aceites humectantes para evitar que la piel roce la ropa de cama.
- Ponerle un camisón limpio al paciente.

2. Procedimiento llevado a cabo durante el cambio de ropa de una cama ocupada por un paciente geriátrico

En esta tarea son necesarias la ayuda del técnico en cuidados auxiliares de enfermería y los celadores.

- El celador, es requerido para realizar una tarea específica, la movilización en un paciente con un estado clínico más reservado. La movilización será gestionada por la enfermera, que también la coordinará con el resto de profesionales.
- La cama sucia se retira después de que el paciente ha sido limpiado y confinado en cama.
- El celador moverá al paciente en dirección al lado de la cama en el que se encuentra.
- La sábana bajera será enrollada por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería y colocada debajo del paciente.
- Después de acostar al paciente en posición supina para movilizarlo, el celador moverá al paciente al otro lado de la cama, moviéndose hacia ese lado de la cama.

5 Discusión-Conclusión

El procedimiento que se lleva a cabo durante la limpieza diaria y el cambio de ropa de cama subraya la importancia de proporcionar al paciente anciano una serie de cuidados fundamentales para prevenir el desarrollo de las denominadas úlceras por presión.

También se ha establecido que es necesaria la implicación de un técnico en cuidados auxiliares de enfermería para realizar dos tareas diarias que se realizan a estos pacientes, como son la limpieza diaria y el cambio de ropa de cama. Dado que estos pacientes generalmente no demuestran la capacidad de moverse de forma

independiente, una sola persona no puede completar estas tareas, lo que requiere la participación de un celador.

6 Bibliografía

1. Temario de celadores del servicio de salud de Castilla-La Mancha. España. Centro de estudios Adams. 2007.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.

Capítulo 546

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

BEATRIZ MARÍN GARCÍA

MARIA SOLEDAD LANDETE LOPEZ

LLANOS LANDETE LOPEZ

MANUEL INOCENCIO MORALES

ENCARNACION PATERNA SERNA

1 Introducción

El estatuto de los celadores establece que la organización territorial debe garantizar la continuidad asistencial en todos sus distintos niveles, promover la efectiva aproximación de los servicios al usuario y asegurar la eficiencia y coordinación de todos los recursos, siendo las comunidades autónomas las que delimitan y sirven como principales estructura del sistema sanitario de Castilla la Mancha, Áreas de Salud, donde se prestará atención primaria y atención especializada. Además, las Áreas de Salud se dividirán en Zonas Básicas de Salud donde trabajará el equipo de atención primaria. Siendo la Zona Básica de Salud, el marco territorial de la atención primaria y sus centros de Salud (centros de atención primaria integral), donde se desarrollarán iniciativas de salud a través del trabajo en equipo con enfoque en la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, tanto personal como social de quienes viven en la Zona Básica de Salud. Cuando los pacientes y sus familias lleguen al centro, hablarán primero con el

celador. Esta consideración es importante porque la forma en que se establece un contacto puede afectar la forma en que otras personas reaccionan ante él. Por ello es fundamental que el personal que entre en contacto con esto esté debidamente formado.

2 Objetivos

-Describir las funciones que corresponden al celador en relación con los pacientes de atención primaria en los centros de salud.

3 Metodología

Como parte de la investigación para la creación de este trabajo, se realizó un análisis bibliográfico del cuerpo de literatura científica más reciente. Se han realizado búsquedas exhaustivas de libros y artículos en las tres bases de datos principales: PubMed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Estas son algunas de las funciones que desempeñan los celadores en los establecimientos que brindan atención primaria de salud. Los programas públicos y privados de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud son ejecutados por los centros de salud. Como los pacientes no están hospitalizados, las funciones del celador de atención primaria son comparables a las de los celadores que trabajan en las entradas de los hospitales. No importa dónde se encuentren dentro del hospital, los celadores del hospital están capacitados para llevar a cabo sus funciones.

Sin embargo, las tareas más comunes que realiza un celador de atención primaria se enumeran a continuación:

- La distribución de historias clínicas, el movimiento de mobiliario y el movimiento de pacientes.
- Gestión del papeleo.
- Velarán porque el centro se mantenga ordenado y en funcionamiento.
- Vigilará a todas las personas que entren al centro de salud y les pedirá que lo mantengan tranquilo y bajo control.
- Proporcionarán a los pacientes y sus familiares la información y el apoyo que necesitan. Estos expertos a menudo tienen que informar a los pacientes de su

ubicación, los horarios y lugares de sus citas y la documentación necesaria. Pero nunca ofrecen sugerencias sobre dolencias o tratamientos. El celador debe cooperar y estar dispuesto a ayudar para poder responder estas preguntas, a pesar de que sean sencillas.

- Encargado de reubicación y traslado de pacientes. Cuando los pacientes que no pueden moverse de forma independiente llegan al centro de atención primaria, el celador se encarga de transportarlos a las consultas u otros lugares cruciales.
- Sustitución de materiales. Además, compensará los elementos faltantes en las zonas comunes del edificio y en las salas de consulta. El celador también es responsable de gestionar el equipo auxiliar, incluidas las fotocopadoras.
- La dispersión de trámites. El celador será el encargado de trasladar los procesos necesarios al interior de la instalación, así como los registros médicos de los pacientes según sea necesario. Debes hacer las tres cosas: entregarlo, recogerlo y distribuirlo. Ayudar a los profesionales médicos del equipo sanitario que atienden a los pacientes es una de las tareas más satisfactorias que puede realizar un celador porque su deber principal es hacer todo lo que esté a su alcance para mejorar el bienestar de los pacientes. Vigilarán las acciones de los usuarios enfermos para preservar la calma y el silencio deseados. Otra responsabilidad es informar a los usuarios del centro sobre la ubicación, la hora de la cita y el día.

5 Discusión-Conclusión

El celador suele ser la primera persona con la que se encuentra un paciente cuando ingresa a un centro de salud. Esta persona es la encargada de informar a los pacientes sobre todo lo relacionado con consultas, médicos, solicitud de citas, ubicación de dependencias y cualquier otro detalle incognoscible. La forma en que se trate al paciente durante esta interacción inicial tendrá un impacto significativo en cómo se sentirá acerca del proceso de atención en su conjunto (puede ser más o menos receptivo, susceptible, etc.).

El celador debe aprovechar al máximo rasgos como la paciencia y la facilidad de palabra, la amabilidad, la comprensión (la capacidad de prestar atención y responder a las consultas que caen dentro de su competencia).

6 Bibliografía

1. Libro de oposición para celadores del SESCOAM, editorial MAD.
2. <https://dialnet.unirioja.es/>.

Capítulo 547

EL MECÁNICO Y EL LLENADO Y CAMBIO DE BALAS DE OXÍGENO COMO PERSONAL DE MANTENIMIENTO

RAFAEL LARA BARBERÁ

CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ

ANGEL MANUEL MARTÍN-GIL PRADO

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

JUAN ALBERTO TOLEDO BLÁZQUEZ

1 Introducción

Los campos de la salud tienen propiedades para tratar, aliviar, curar, prevenir o diagnosticar enfermedades o dolencias. Están destinados a entrar en contacto directo con el cuerpo y actuar por medios farmacológicos, metabólicos o inmunológicos. El oxígeno médico es un gas insípido, inodoro e incoloro.

La bala de oxígeno está equipada con un medidor de flujo, un manómetro y un equipo regulador-reductor de presión de oxígeno, que en conjunto regulan la presión de salida, la capacidad de presión y la presión. Se fijará a la nariz del paciente mediante una cánula nasal (cánulas nasales) o mascarilla. Los cilindros y válvulas deben evitar reaccionar con el producto y cambiar sus propiedades

porque muchos gases y mezclas tienen propiedades corrosivas o reactivas. Para el envasado de los productos se pueden utilizar botellas de acero, aluminio o acero inoxidable si son compatibles. Las paredes de la botella se pueden pasiva para acomodar gases que son incompatibles con los materiales comunes.

Cuando se acaba una bala de oxígeno, los mecánicos se encargan de sustituirla por una nueva y rellenar la vacía. Dado que muchas de las fallas comienzan con problemas de conexión a la red, desperdicio de botellas, conexiones defectuosas con fugas, etc., enfatizaremos las conexiones a los diversos enchufes y los diversos dispositivos electro médicos que usamos actualmente.

2 Objetivos

Conocer qué función tienen las balas de oxígeno, los elementos de que se componen y cuándo las tienen que cambiar los mecánicos del hospital.

3 Metodología

Para desarrollar más este trabajo se realizó una revisión bibliográfica sobre el material que fue verificado de forma independiente. Además, se realizaron búsquedas sistemáticas en libros y artículos de las principales bases de datos y se extrajeron artículos científicos seleccionados de revistas académicas revisadas por pares.

4 Resultados

Los cilindros de acero llamados cilindros de oxígeno vienen en una variedad de tamaños y se utilizan para almacenar oxígeno a alta presión.

Los siguientes componentes componen una bala de oxígeno:

La expulsión de oxígeno a presión reducida es posible gracias a una válvula de reducción. que tiene lugar dentro del proyectil.

- Tapón de plástico con rosca: está en la parte superior y sirve para proteger la válvula cuando no se usa.
- Manómetro: muestra el volumen de oxígeno en la botella.
- Caudalímetro o caudalímetro: muestra la cantidad de oxígeno que libera la bala.
- Alta presión de salida para el respirador.

La recomendación del fabricante es que el cilindro nunca tenga menos de 10 bares de presión residual.

Recomendaciones y arreglos del mecánico:

1. Antes de usar un material, asegurarse de que esté en buenas condiciones.
2. Con los medios adecuados para mantenerlas en posición vertical y evitar caídas inesperadas, agrupar las botellas de capacidad superior a 5 litros.
3. En caso de que la presión de las botellas sea inferior a 10 bar, no deben ser utilizadas.
4. Nunca apretar demasiado una botella en un soporte que sea demasiado pequeño para ella.
5. Utilizar manos limpias y libres de grasa al manipular el material.
6. Utilizar guantes de manipulación limpios y calzado de seguridad cuando manipule botellas de 50 litros o más.
7. Nunca se debe manipular una botella cuya válvula esté cubierta por una tulipa.
8. No sostener la botella por la válvula.
9. Usar un reductor de presión con un medidor de flujo que pueda soportar al menos esa cantidad de presión.
10. En las tomas de pared previstas utilizar los elementos flexibles de conexión.
11. Antes de integrar el reductor de presión purgar la conexión de salida de la botella para eliminar cualquier posible polvo. Las conexiones entre la botella y la botella deben mantenerse siempre limpias.
12. Nunca presurizar repetidamente el reductor de presión.
13. No se debe reparar una válvula rota.
14. Nunca usar pinzas para apretar el reductor de presión del medidor de flujo ya que existe el riesgo de causar daño a la articulación.
15. En caso de fuga, cerrar la válvula mal apretada y asegurarse de que el dispositivo de emergencia esté encendido.
16. Nunca usar una botella hasta el final.
17. Nunca trasladar gas a presión de una botella a otra.
18. Ventilar el área de uso, si es posible.

5 Discusión-Conclusión

Como mecánico hospitalario, se debe tener en cuenta la alta importancia de conocer nuestras presentaciones, sus riesgos y las revisiones por las que deben pasar las balas de oxígeno de cualquier zona del hospital, ya que es muy crucial para todos los pacientes.

Los mecánicos se encargan de sustituir una bala de oxígeno vacía por una nueva y de llenar la vacía cuando sea necesario. Para ello, deben tener experiencia previa, cumplir con los protocolos de seguridad del hospital y estar disponibles en todo

momento en caso de que surja una emergencia que requiera tener a mano varias balas de oxígeno.

6 Bibliografía

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

Capítulo 548

EL MECÁNICO DE UN HOSPITAL Y EL CORREO NEUMÁTICO DE UN HOSPITAL

RAFAEL LARA BARBERÁ

CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ

ANGEL MANUEL MARTÍN-GIL PRADO

JUAN ALBERTO TOLEDO BLÁZQUEZ

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

1 Introducción

La instalación del correo neumático, también conocido como tubo neumático, se basa en una explicación, que es la que hemos utilizado como base para este capítulo de libro. En un complejo hospitalario, este servicio es fundamental porque es rápido, seguro y extremadamente efectivo. Se debe considerar el escenario donde el personal médico de un centro de salud necesita enviar con urgencia los resultados de las pruebas realizadas a un paciente crítico que ha sido ingresado en la unidad de cuidados intensivos (UCI) a consecuencia de un accidente.

Si el paciente se encuentra en ese estado, se ha perdido "media hora en ese curso" entre el momento en que el personal médico lleva las distintas pruebas al laboratorio para su posterior análisis. Afortunadamente, existe el correo neumático que ayuda a acelerarlo.

Aunque una organización de terceros está a cargo, el servicio de mantenimiento mecánico sanitario es el encargado de mantener esta instalación, programación de su instalación y actualizaciones periódicas. El personal mecánico se encarga de que la instalación esté operativa, de operar los distintos sistemas, de hacer circular los cartuchos y de que la presión del aire comprimido sea constante en toda la instalación.

Los diversos elementos, problemas, beneficios y desventajas, y riesgos potenciales en el proceso durante su mantenimiento se tratarán en las secciones siguientes. De lo que hemos tomado, también haremos una pequeña información.

2 Objetivos

Describir las ventajas y desventajas del sistema de correo neumático en un entorno hospitalario, así como su funcionamiento en un complejo 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

En un centro médico, se utiliza un pequeño sistema de distribución de productos llamado Pneumatic Mail para entregar cosas como documentos, muestras, medicamentos y resultados de pruebas.

Gracias a una serie de piezas, este sistema utiliza la fuerza impulsora del aire. Estos cartuchos de conducción que son del mismo tamaño que el diámetro interior de la tubería a la estación donde deben ser enviados y suministran aire comprimido al sistema a través de las tuberías.

El sistema de correo neumático de un hospital incluye las siguientes partes:

- Turbina: Las hay de varios tipos, pero las turbinas centrífugas son las más frecuentes en estas instalaciones. Su función es la de aspirar aire de la calle, y mediante unas palas colocadas de forma desplazada respecto a su eje, ese aire es aspirado y expulsado por succión hasta que se cree una presión y se fuerce el

aire fuera del sistema, se debe reducir el espacio que tiene el aire. Alrededor de 6 a 8 m/s es la impulsión y velocidad de transporte, que vienen determinadas por la cantidad de aire.

- Sistema de tuberías: por lo general, se encuentran en el ático y están ocultos en todo el marco del edificio. Tienen el principal beneficio de estar hechos de plástico PVC. Para evitar posibles fugas en el circuito, las distintas tuberías se unen entre sí mediante anillos adhesivos de acero o acero inoxidable con una tolerancia mínima.

Hay fundas cortafuegos intumescentes en varios puntos del sistema para mayor seguridad; su propósito es detener la propagación del fuego en caso de que se produzca un incendio en el ala del hospital donde se encuentran. Se contraen como resultado de la influencia del calor durante la propagación, obstruyendo el tubo.

- Los desviadores, también conocidos como estaciones de dirección, se utilizan para dirigir los cartuchos a la estación que el personal médico haya elegido. Un dispositivo central gestiona la caja. Hay tres tubos en el interior que se conectan a la computadora de diferentes maneras.

Está hecho de aluminio y cambia la dirección del cartucho en el momento preciso en que debe mover la compuerta. El código de seguimiento de los cartuchos se memoriza a medida que se desplazan por la estación.

- Unidad Central: La unidad establece la conexión entre las distintas líneas. Cada envío se realiza un seguimiento de forma centralizada dentro del sistema. El personal de mantenimiento mecánico sanitario puede comprobar dónde están los cartuchos, cómo está funcionando el sistema de presión y todo el conjunto a partir de ahí. Es el cerebro del sistema.

- Estación de Planta: Por estos, el cartucho viaja a la planta. Dispone de una serie de indicadores luminosos que indican al usuario si se espera que llegue un envío o, por el contrario, si se está enviando. Para marcar la emisora a la que se quiere enviar el cartucho, dispone de display de teclado.

- Cartuchos Porta-documentos: Son las urnas que albergan los distintos documentos, exámenes, etc.

5 Discusión-Conclusión

El mecánico, como personal de mantenimiento, debe asegurarse de que no haya fugas y revisar la computadora central para ver si alguna vez ha habido una falla, además de avisar al jefe de mantenimiento, que es el encargado de avisar a los demás servicios para que no envíen nada mientras se arregla el sistema. El

mecánico debe de utilizar los equipos de protección individual adecuados como son los guantes, las gafas, etc.

Las diferentes aplicaciones de este sistema en el ámbito hospitalario, así como sus ventajas e inconvenientes, son unos conocimientos fundamentales para el personal de mantenimiento, en este caso el mecánico.

6 Bibliografía

www.google.es

www.scielo.org

Capítulo 549

EL MECÁNICO COMO PERSONAL DE MANTENIMIENTO EN HABITACIONES CON AISLAMIENTO

RAFAEL LARA BARBERÁ

JUAN ALBERTO TOLEDO BLÁZQUEZ

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ

ANGEL MANUEL MARTÍN-GIL PRADO

1 Introducción

A través del aislamiento, los gérmenes pueden contenerse o propagarse más lentamente. El correcto aislamiento responsable de controlar las enfermedades que se propagan dentro de un hospital, del personal a los pacientes, de los pacientes a los pacientes o de ambos.

La puerta de la habitación donde normalmente debe estar cerrada e indicando el tipo de aislamiento.

Hay varios tipos de aislamiento, tales como:.

- En estos casos se requiere un aislamiento estricto porque las infecciones son muy contagiosas. Hay aire o hay contacto físico.
- Aislamiento de protección o inverso: en este escenario, mantenemos fuera a los visitantes que ingresan porque sus sistemas inmunológicos están debilitados por el paciente.

- El aislamiento entérico se utiliza en esta situación para detener las infecciones provocadas por el contacto directo o indirecto con las heces.
- Aislamiento a través del contacto directo de piel a piel, en este caso accidentalmente al entrar en contacto con la piel de otra persona o de otra cosa.
- En este caso, las partículas o gotitas en el aire proporcionan aislamiento respiratorio al hablar, toser o estornudar a una distancia igual o superior a la cantidad de polvo producido.
- En este caso, el aislamiento parenteral se realiza con sangre u otros fluidos orgánicos.

2 Objetivos

Describir los conocimientos necesarios por parte del mecánico y personal de mantenimiento de habitaciones con aislamiento 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.

4 Resultados

Para evitar contagiar o contagiarse al paciente, una persona de aislamiento debe conocer el protocolo de actuación, la colocación del material de protección y su retirada.

Primero se utilizan cuñas, luego, en ese orden, para colocar el material de protección: guantes, bata, gorro, mascarilla y gafas de seguridad.

Y si bien la directiva para quitárselo no es todo lo contrario, sería: los guantes, la máscara, la toga, el sombrero, las polainas, los anteojos o pantalla, y el atuendo.

La bata sirve como protección contra posibles agentes de transmisión que contaminen el uniforme del personal o la ropa de los visitantes.

Debe tener mangas largas que lleguen a las rodillas, con o sin puños elásticos y asegúralo en la parte de atrás con cintas.

- La pantalla o gafas protectoras suelen ser de plástico y transparentes para evitar salpicaduras en la cara y los ojos al usar una pantalla.
 - El sombrero: Debes cubrir todo tu cabello con él para evitar que se contamine, para evitar que el cabello caiga en el espacio.
 - Las calzas protegen los pies, los zapatos y otros accesorios de la contaminación, manteniéndolos cubiertos.
 - Las mascarillas, que cubren la nariz, la boca y el mentón, son de un solo uso. Un filtro, de hecho, para el aire, tanto el que se inspira como el que se extingue. Hay dos categorías distinto filtrado o bien quirúrgicas o fpp2.
 - Ponerse siempre guantes después de lavarse y secarse las manos y debe lavarse las manos una vez más después de quitárselos.
- Al ingresar a una sala de aislamiento, los mecánicos del hospital deben usar equipo de protección y también deben desechar ese equipo en un bote de basura designado dentro de la habitación.

5 Discusión-Conclusión

El mecánico o miembro del personal de mantenimiento que deba ingresar a una habitación que contenga un paciente aislado debe conocer el tipo de aislamiento presente, las barreras protectoras que debe usar antes de ingresar y la forma adecuada de retirarlas después de ingresar. Tienes que entrar con todo lo necesario, como herramientas para arreglar una toma de oxígeno, un flujómetro o una cama, porque es ilegal entrar y salir sin cumplir con el protocolo, y porque salir requiere limpiar, desinfectar o esterilizar minuciosamente los materiales de trabajo que se trajeron a la sala para repararlos a fin de evitar la aparición de nuevos contagios. Por último, pero no menos importante, es fundamental que todos los que trabajan en un hospital se laven las manos con frecuencia para detener la propagación de enfermedades infecciosas.

6 Bibliografía

www.google.es
www.scielo.org

Capítulo 550

EL CELADOR Y LA FUNCIONES QUE DESARROLLA EN EL ASEO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

DAVID MUÑOZ DEL OLMO

JESUS MUÑOZ DEL OLMO

MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ

ROCIO LIMON RUIZ

NURIA JIMÉNEZ DÍAZ

1 Introducción

Aunque no se encuentra entre las funciones prioritarias del celador, también debe ayudar y colaborar con los profesionales sanitarios, cuando estos lo requieran, en la higiene de ciertos pacientes.

En ocasiones, ya sea por falta de movilidad del enfermo o, porque las necesidades del servicio lo requieran en la Institución donde estemos trabajando, el celador va a tener que colaborar con el personal sanitario encargado del lavado y cuidado de la higiene corporal de los pacientes.

En dicha colaboración, el celador, tiene que tener en cuenta y conocimiento de las diferentes posiciones empleadas para el lavado de enfermos (sobre todo impedidos), en la misma cama, como por ejemplo, posicionar al paciente en decúbito supino lateral para poder higienizar la cama y la propia piel del paciente.

Todo el tema postural y los conocimientos técnicos comentados, se basan en la aptitud del celador, pero, también, es muy importante tener en cuenta la actitud que tiene que tener el celador con respecto a sus compañeros, la ayuda que tiene que prestar en todo momento y esa "vocación" de servicio al usuario que tiene que plasmarse en todo momento para facilitar el trabajo a los demás. Finalmente, exponemos tal actitud ante la profesión y hacemos hincapié en la importancia que tiene tanto la aptitud, como la actitud del profesional en el cuidado de la higiene y la colaboración.

2 Objetivos

- Explicar la diferencia y, a su vez, la importancia, que tiene el formarse como celador en el aspecto técnico, pero también en el aspecto psicológico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha realizado una búsqueda y revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

También se ha entrevistado a una psicóloga clínica laboral que prefiere mantener en el anonimato su identidad, la cual ha explicado la base científica y la importancia que tiene para el profesional celador formarse también en la psicología para entender la salud del paciente y su aseo, además de su ayuda continua para desarrollar dicho fin.

4 Resultados

El resultado del estudio realizado se basa, principalmente, en que en todo momento el trabajo del celador debe ser desempeñado con aptitudes suficientes, pero también con la actitud adecuada para llevar a cabo dicho trabajo.

Esto es, el aseo e higiene de los pacientes, sobre todo cuando se trata de pacientes que están inmovilizados (tienen problemas de movilidad), se convierte en una difícil tarea para los profesionales sanitarios. Ahí entra el papel del celador, el cual, en multitud de ocasiones, tiene que prestar ayuda al personal de cuidados auxiliares de enfermería para conseguir asear al paciente, por ejemplo, encamado.

El compañero o la compañera TCAE que esté ejecutando tal aseo, nos va a solicitar ayuda, cuando se encuentre solo o sola y ahí es donde el Celador tiene que

desempeñar una actitud de complemento, una actitud de ayuda y una actitud de servicio hacia el profesional que está solicitando su atención.

Además de esta actitud, también el celador tiene que tener aptitud, es decir, tiene que tener los conocimientos técnicos necesarios para, por ejemplo, movilizar a un paciente inmóvil en la cama y realizar los cambios posturales necesarios para poder ejecutar el necesario aseo de dicho enfermo.

Hay que tener en cuenta, que la importancia del aseo del paciente es crucial para evitar el desarrollo de enfermedades, bacterias, etc.; además de evitar el empeoramiento de la enfermedad o enfermedades ya existentes en dicha persona.

Un entorno aseado y limpio siempre mejora las condiciones de vida de cualquier persona, cuanto más así es en una Institución Sanitaria, donde el cuidado del aseo personal debe ser profesional y muy efectivo.

Los sistemas sanitarios de los países europeos siempre requieren gran cantidad de mano de obra de celadores y auxiliares de enfermería, precisamente por estas razones, cuidan el aseo hasta las máximas consecuencias por la importancia ya mencionada.

El positivismo y la actitud servicial son dos objetivos capitales en la profesión que deben ser defendidos y trabajados.

5 Discusión-Conclusión

Se resalta la importancia de la preparación del profesional celador a la hora de conocer cómo asear a un paciente correctamente. Hablamos de múltiples supuestos que se pueden dar en el día a día de la institución sanitaria donde desarrolle su profesión: llevar a un paciente hasta la ducha, desde la cama, ayudarle a ducharse (siempre y cuando dicho paciente no sea capaz por sí mismo), ayudar al auxiliar de enfermería u otro celador para poder asear a un paciente inmovilizado en la cama, etc. Son situaciones habituales en las cuales el celador debe tener la actitud y la aptitud adecuada para desarrollar la profesión correctamente.

6 Bibliografía

1. Abelson, R.P. (1981) "Psychological status of the script concept", *American Psychologist*, 36, 715-29.
2. Ackoff, R.L. (1989) "From data to wisdom", *Journal of Applied Systems Analysis*, 16, 3-9.

3. Adair, J.G. (1984) "The Hawthorne effect: A reconsideration of the methodological artifact", *Journal of Applied Psychology*, 69, 334–45.
4. Adams, J.S. (1965) "Inequity in social exchange", en L. Berkowitz (ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, vol. 2. Nueva York: Academic Press.

Capítulo 551

LOS CELADORES QUE ESTÁN EN LOS ALMACENES HOSPITALARIOS Y LA ORGANIZACIÓN DE PEDIDOS PARA LOS PUEBLOS DE ALREDEDOR

DAVID MUÑOZ DEL OLMO

JESUS MUÑOZ DEL OLMO

MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ

ROCIO LIMON RUIZ

NURIA JIMÉNEZ DÍAZ

1 Introducción

Hablaremos sobre las funciones de los celadores en los almacenes de los centros hospitalarios. El concepto de almacén se define en el Manual de Administradores de Instituciones Sanitarias de la Consejería de Salud Pública de Valencia como un lugar físico que cumple una función de almacenamiento (depósito temporal de mercancías en un almacén en cuanto a ubicación, protección y control). Este lugar debe ser adecuado y con áreas apropiadas para recibir y acceder, maniobrar, preparar y retirar elementos controlados. El almacén del centro hospitalario tiene como objetivo garantizar la distribución de pedidos en todo momento y con ello garantizar la entrega de cada unidad y servicio en el centro de salud. Los administradores asociados a un servicio de almacenamiento son los responsables

de controlar todo el material contenido en ese servicio. Por lo tanto, necesitan comprender la organización y el diseño del almacén para realizar sus funciones de manera más rápida y eficiente. Este capítulo introducirá brevemente las funciones específicas de la gestión del trabajo en el almacén. Todas estas funciones fueron definidas por la Proclamación 5. En julio de 1971, por la cual se establece un reglamento para el personal no médico atendido por la Agencia Médica del Seguro Social.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones del celador adscrito al servicio de almacén general.
- Exponer el funcionamiento de la recepción y almacenamiento del material, en el servicio de almacén general.

3 Metodología

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

4 Resultados

En los hospitales y centros de salud, según el tipo de establecimiento de tratamiento, se podrán destinar distintos almacenes generales para dar servicio a todos los centros que componen el hospital, área hospitalaria o área básica de salud, o almacén. En el centro del hospital también podemos encontrar varios almacenes para materiales almacenados. Podemos encontrar: una farmacia, una tienda de material clínico, una tienda de material y material quirúrgico, una papelería, un taller y una lavandería. Las bodegas de esta industria cumplen las siguientes funciones en los servicios de almacenaje en general en bodegas en centros hospitalarios o centros de salud, ambulatorios, policlínicos:

- En primer lugar, serán los encargados de recibir la mercancía, registrar los materiales recibidos, comprobar la hoja de ruta.
- Descargar materiales del almacén y entregarlos en el lugar especificado, distribuirlos y colocarlos en el área designada. Tuvieron que desarrollar esta habilidad cuando el transportista colocó los

materiales necesarios en el área de carga de la bodega principal del centro de salud. - Reportar todos los ingresos al gerente de la tienda diariamente. - Supervisar la entrada y salida de material y controlar el acceso únicamente al personal autorizado. Esta característica se refleja claramente en la secuencia 5. En julio de 1971 se aprobó el Reglamento del Servicio Civil.

Las instituciones sociales de salud están al servicio de la salud. Concretamente en el apartado 14.2. 5.- Comprender el funcionamiento, organización y clasificación de los almacenes. - Preparar siempre los materiales necesarios para cada departamento del hospital según el paquete del pedido. Esta función será supervisada por el gerente de la tienda. Distribuir materiales de servicio de almacén, suministros y equipos a varios departamentos del hospital. Con base en la orden de fecha 5 de julio de 1971, encontramos que en los servicios de almacén se realizaban las siguientes funciones. 14.2.1. Realizarán los deberes de guardia apropiados durante los turnos asignados. 14.2.6. Serán responsables de la vigilancia nocturna en el interior y exterior del edificio cuando las puertas de servicio adicionales estén cerradas. 14.2.8. Informan a sus superiores inmediatos de cualquier daño o irregularidad que descubran durante la limpieza y conservación de los edificios y materiales. 22.14. Los deberes de guardia también incluyen todos los deberes similares a los especificados previamente por los superiores, pero no descritos específicamente.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha visto en este trabajo, las principales funciones que debían realizar los servicios generales de almacenamiento de los distintos establecimientos de salud eran: Recepción, colocación y distribución de materiales higiénicos y anti-higiénicos a otros servicios, centros de salud o clínicas locales. También se puede verificar que en el decreto del 5 de julio de 1971, que crea el estatuto del personal no médico atendido por la

Dirección del Seguro Social en Salud, que incluye algunas funciones de supervisor de almacén. Se finaliza destacando de la gran importancia que tiene este servicio, ya que es clave para la cadena sanitaria.

6 Bibliografía

1. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición

2 Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD.

3. Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

Capítulo 552

EL PACIENTE CON CARDIOPATIAS INGRESADO EN CORONARIAS Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR

DAVID MUÑOZ DEL OLMO

JESUS MUÑOZ DEL OLMO

MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ

ROCIO LIMON RUIZ

NURIA JIMÉNEZ DÍAZ

1 Introducción

Un enfermo cardíaco entra dentro de las cirugías cardiovasculares, las cuales son una especialidad de la medicina que se ocupan de los problemas del sistema cardiovascular en los que son precisas las intervenciones quirúrgicas. Las principales cirugías cardiovasculares pueden ser un bypass, la cirugía valvular, de grandes vasos, arritmias o también trasplantes cardíacos. Este tipo de cirugía está en constante evolución y con el tiempo que van manejando nuevas técnicas, nuevo instrumental y otras opciones que optimizan el éxito de esta tipología de operaciones, lo facilita y en parte reducen bastante el tiempo de recuperación de los enfermos.

En este capítulo vamos a ver de modo general la forma de proceder de un celador hacia un enfermo cardíaco. No nos centraremos en enfermos en concreto ni en

un tipo de operación en concreto como recambio de válvulas, disecciones u otros tipos. Simplemente, hablaremos de modo general de la labor del celador con un enfermo de estas características. Nos centraremos en el trabajo del celador, su relación con el enfermo desde que ingresa en urgencias o por una operación programada hasta que es dado de alta, describiendo de forma general y en lo que incumbe a las funciones de celador todo el paso del enfermo por el hospital tanto en planta, en el quirófano, hasta que es dado de alta.

2 Objetivos

- Dar a conocer la labor del celador a la hora del trabajo con un enfermo cardíaco.
- Explicar de modo detallado el trabajo del celador desde el ingreso del enfermo, su paso por planta, durante la intervención, así como en la uci y su bajada de nuevo a planta hasta que es dado de alta.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Podemos empezar con el ingreso del enfermo en el hospital. Normalmente, suelen ser intervenciones programadas las cuales entran por su propio pie al hospital, aunque también pueden ser traslados de un hospital a otro o algún enfermo de urgencia que tenga que ingresar o directamente ser intervenido de urgencia. En cualquiera de esos casos, el celador será el responsable del traslado del enfermo, ya sea a su habitación como directamente al quirófano si la situación realmente es necesaria.

Dentro de las operaciones programadas el celador, este tipo de enfermos suelen ejecutarse una radiografía de tórax previa a la intervención que se podrá hacer antes del ingreso o trasladarlo al área de radiología una vez que ha ingresado. Aparte de esto, el equipo de enfermería y auxiliares tendrán que ejecutarle una serie de pruebas previas a la intervención en la cuales el celador puede ayudar

a la movilización del enfermo si se requiere, así como al desplazamiento de este tipo de pruebas o muestras al laboratorio o donde corresponda.

El día de la intervención, el celador, cuando tenga orden del personal de quirófano, irá a planta a por el enfermo y lo subirá al área de intervenciones quirúrgicas junto con su historial médico y siempre avisando en planta del traslado de ese enfermo por si no estuviera preparado para la realización de la intervención.

Una vez en el quirófano y siguiendo las instrucciones tanto del cirujano como del personal de enfermería, el celador procederá a colocar al enfermo en la mesa de quirófano y le pondrá brazaletes, el arco o cualquier tipo de accesorios de la mesa que le digan que se va a utilizar.

El celador tiene la obligación de conocer el funcionamiento de la mesa de quirófano, así como de cómo poner y quitar todos los accesorios necesarios. Durante la intervención también será responsable del traslado del aparataje que el personal quirúrgico crea necesario o del traslado a laboratorio para la recogida de bolsas de sangre, plaquetas o plasma si se tuvieran que utilizar.

Durante la operación, si hubiera que movilizar al enfermo también con ayuda del personal, el celador tendría que ejecutar esa función. Una vez está terminada la operación, el celador deberá pasar al enfermo de la mesa del quirófano a una cama o camilla al enfermo y de allí trasladarlo a la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Será suya la responsabilidad de llevar al enfermo junto con su historial médico y dejarlo en UCI en condiciones para que el personal de esa área pueda recibirlo y poder ejecutar las funciones que sean necesarias.

Normalmente, al poco tiempo de estabilizar al enfermo se le ejecutará una radiografía portátil, donde el celador será el encargado de llevar el portátil de rayos a la uci y ayudar en la movilización del enfermo para la realización de la prueba.

El celador que esté en la UCI durante los siguientes días, ayudará en el aseo del enfermo y una vez esté extubado y estabilizado y siempre por orden facultativa se procederá a levantarlo de la cama y sentarlo en una silla con cuidado de todos los sueros, cables de monitorización y drenajes que lleva el enfermo.

Con el paso de los días y dependiendo de su evolución se procederá a bajar al enfermo a planta. Cuando se lo ordenen, el celador deberá ejecutar este traslado a su habitación en silla de ruedas o en cama dependiendo de lo que le digan.

Una vez en planta cada día y si el enfermo lo necesita, el celador deberá ayudar en el aseo del enfermo, así como en los cambios posturales del mismo o ayudarlo a sentar y volverse a tumbar cada día.

Aparte de esto, lo normal es que estos enfermos sean trasladados para la realización de una radiografía de tórax cada día para ver su evolución.

Una vez el personal médico crea necesaria el alta hospitalaria del enfermo, el celador si hace falta acompañará hasta la salida al enfermo o ejecutará este trayecto en silla de ruedas si el enfermo no es válido para andar por su propio pie.

De forma general vemos como el celador tiene una labor importante en cada área por las que pasa un enfermo que se va a someter a una intervención cardiovascular.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir y con ello hacer una reivindicación del trabajo del celador en un hospital, el cual, está infravalorado laboralmente al no ser considerado como personal sanitario. En este capítulo sobre un enfermo cardiovascular podemos observar la importante labor del celador y como está implicado en todos los procesos por los que pasa este tipo de enfermo en el hospital, desde su traslado en el ingreso, su trabajo en el quirófano, UCI o los traslados para la realización de las pruebas pertinentes tanto antes como después de la intervención. Todo este resumen de funciones del celador lo hemos realizado de manera general y basándonos en la forma de trabajo del hospital en el cual trabajamos, lo cual no quiere decir que en otros hospitales se trabaje de otra forma o incluso los celadores puedan tener tipo de funciones que en otros centros no tengan.

6 Bibliografía

1. <https://www.medijimar.com/ejecutar-cirugia-cardiovascular/>
2. <https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/informacion-general-sobre-cirugia-cardiovascular>

Capítulo 553

RIESGOS LABORALES PSICOSOCIALES COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO DEL SALUD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

TERESA JAREÑO ROMERA

M ENGRACIA PEREZ IZQUIERDO

MARÍA PILAR VALVERDE RUBIO

1 Introducción

Los trabajos del ámbito sanitario, como el del auxiliar administrativo de los servicios de urgencias son unos de los más expuestos a este tipo de riesgos psicosociales por la exigencia emocional, ya que trabajan dando servicio a otras personas, que en la mayoría de las ocasiones exigen una atención inmediata, la cual en algunos casos, haciendo excepciones en las verdaderas urgencias y emergencias, no lo son cómo tal. pero los usuarios demandan con exigencia su atención y es el auxiliar administrativo de éste servicio el que tiene que lidiar con éstos , en algunos casos como profesional del sector, he observado y recibido insultos. Los más frecuentes son la violencia verbal por parte del paciente y o acompañante , el acoso, amenazas que conllevan factores estresantes , y por ende desgaste profesional.

Esas condiciones de trabajo cuando son negativas, deficientes y/o adversas, bien por un diseño inadecuado o bien por un desarrollo o implantación en la organi-

zación, con las expectativas , necesidades, capacidades y/o actitudes de los trabajadores interfieren de forma negativa sobre su seguridad, y salud, convirtiéndose entonces en en una fuente de riesgo que es preciso solucionar.

Los así llamados factores de riesgo hay que valorar y estimar para poder actuar sobre ellos, a través de medidas preventivas para aminorar y erradicar los efectos nocivos para la salud de los auxiliares administrativos de los servicios de salud

2 Objetivos

En psicología las medidas encaminadas a la prevención y solución de éstos efectos, pueden ser muy diversos e implica no sólo a las condiciones organizativas.

Se puede considerar que hay tres grandes grupos de actuaciones:

- 1 Medidas llevando a cabo terapia psicológica sobre los trabajadores, cuyo objetivo es apoyar y sanar a aquellos que ya presentan efectos.
- 2 Medidas a adoptar antes de que se originen. Son las que se han de cuestionar junto a los otros tipos de intervenciones. Su objetivo es suprimir o minimizar la exposición al riesgo modificando los estresores a nivel de la institución y del área de trabajo .
- 3 Medidas para reforzar medios y recursos o resistencia de las personas ya expuestas, encaminando opciones frente a situaciones y condiciones laborales demasiado estresantes .

3 Metodología

Formas para la detección y desarrollo de los riesgos psicosociales .

Factores psicosociales en los auxiliares administrativos del servicio de salud : favorables o desfavorables , diferenciando por tanto, los factores psicosociales de los riesgos psicosociales.

De las explicaciones expuestas anteriormente debemos hacer hincapié que los factores psicosociales de origen laboral son básicamente factores organizativos o de la función o funciones a realizar (en algunos casos, se consideran también factores debidos al entorno) pero estos mismos factores organizativos o de la tarea pueden producir distintos efectos según el auxiliar administrativo que está expuesto a ellos. Es decir, las características personales de un auxiliar administrativo del servicio de salud dependiente de unas condiciones laborales organizativas o de función o funciones a desarrollar , influyen en su salud mental y física

determinan la influencia de éstos sobre su salud. Así los factores individuales son determinantes a la hora de estar sometido o no a riesgos psicosociales. Por ejemplo, si tenemos a varios auxiliares administrativos desarrollando el mismo tipo de trabajo, en las mismas condiciones psicosociales, unos pueden desarrollar ansiedad y factores estresantes y otros, no, ¿por qué ocurre eso?. Por los factores personales, sociales y de resiliencia de cada auxiliar administrativo.

Entre los efectos beneficiosos de estos factores debemos incluir facilitar el trabajo y las competencias personales profesionales , alcanzar el nivel de la satisfacción dentro de la institución , la productividad y lograr estados de motivación elevados.

Entre los efectos desfavorables destacan la falta de motivación, la falta de adaptación, el estrés laboral y la violencia en el trabajo, tanto dentro del centro o lugar de trabajo como la producida por terceros. A estos efectos tenemos que añadir la fatiga de los trabajadores derivada de la ordenación del tiempo de trabajo, principalmente del régimen del trabajo nocturno y a turnos.

La dificultad de las causas que pueden originar los riesgos psicosociales es debida, por el conjunto de percepciones y vivencias del auxiliar administrativo , además de por la organización y el entorno dentro del centro de trabajo, sino que también por el conjunto de las percepciones y experiencias del trabajador

4 Resultados

La evaluación de riesgos de un auxiliar administrativo en el servicio de urgencias de un centro sanitario es un paso necesario para identificar, conocer, prevenir y/o corregir las posibles situaciones problemáticas relacionadas con los riesgos psicosociales.

Se trata habitualmente de un estudio multifactorial, que tiene en cuenta aspectos de la función o funciones a desarrollar , la organización y ambiente laboral, la implicación personal en el desempeño, los resultados ,la productividad, etc.

Una de las bases mas importantes y relevantes de la evaluación de riesgos psicosociales es la cooperación e implicación todos los auxiliares administrativos del servicio de salud que proceda en todo el proceso de realización de dichas tareas y estudios.

Además, es esencial y absolutamente necesario que la evaluación se realice con una metodología que ofrezca las suficientes garantías científicas de validez y fiabilidad adecuadas.

Trabajar en contacto con los pacientes y demás profesionales de la organización hace que los trabajadores estén expuestos con frecuencia a riesgos psicosociales

como agresiones y conflictos interpersonales, sobrecarga de casos a atender, conflicto y ambigüedad de rol, disparidad en los intercambios sociales, falta de control sobre los resultados, etc. Estas condiciones de trabajo favorecen el desarrollo del SQT y el de otras patologías como la depresión y ansiedad.

Lo principal y más importante es definir muy bien quién puede hacer y firmar la evaluación de riesgos psicosocial para éste tipo de profesionales en concreto.

Además, la evaluación psicosocial deberá ser realizada y firmada por un Técnico Superior en prevención de riesgos laborales con la especialidad de Ergonomía y psicología, dado de alta en el Servicio de Prevención antes mencionado.

Los resultados obtenidos del estudio y valoración deben reflejarse en la redacción de un documento de evaluación que requiere, como las etapas anteriores, una atención minuciosa.

5 Discusión-Conclusión

De esta conclusión se derivan algunas recomendaciones: a) considerar los riesgos psicosociales como un problema en el sistema de salud pública español que debería fomentar el desarrollo de acción conjunta entre las políticas desarrolladas en esta materia desde diferentes Ministerios, b) esas acciones conjuntas deben formular diversos estudios y análisis de prevalencia que unifiquen criterios para unificar la toma de decisiones desde los distintos Ministerios implicados c) las normativas en materia de prevención de riesgos laborales deberían considerar la amenaza que para la salud pública de la población suponen los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias. d) se deberían definir campañas de prevención que fomentaran el desarrollo de planes de formación para los agentes sanitarios, de esta manera se ayudaría a eliminar diagnósticos erróneos o extendidos en el tiempo, y a cambiar a mejor algunos indicadores de la salud pública de la población española.

6 Bibliografía

ministerio de trabajo y economía social revista española de salud pública
OTP

Capítulo 554

RIESGOS LABORALES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL TRABAJO CON PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN

MARÍA TERESA GARCIA JIMENEZ

MARIA JOSE MORA CEREZO

JOSEFA COUQUE MOTILLA

MERCEDES GARCÍA GARCÍA

VERÓNICA PÉREZ ORTIZ

1 Introducción

Una postura corporal inadecuada y el largo uso de las pantallas pueden producir efectos negativos sobre la salud en general y, en este caso, sobre la salud de los trabajadores con pantallas de visualización. En los trabajadores administrativos es muy importante y relevante, ya que pasan muchas horas trabajando frente a una pantalla de visualización, en muchos casos, además, sin una adecuada iluminación.

Hay que tener especial cuidado también en la posición de nuestra silla con respecto a la mesa de trabajo y a nuestra pantalla.

Para minimizar los daños se debe tener en cuenta alternar trabajo de pantalla con otros tipos de trabajos donde no sea necesario el uso de las mismas.

“El que ejerce todo trabajador/a que, habitualmente y durante una parte relevante de su trabajo normal, utiliza un equipo con pantalla de visualización de datos”, esta es la definición del trabajo con pantalla de visualización de datos (PVD).

Los riesgos en estos trabajos pueden ser:

- Problemas músculo-esqueléticos
- Fatiga mental
- Fatiga visual

2 Objetivos

-Descubrir y analizar los riesgos derivados del uso de pantallas para el auxiliar administrativo.

-Exponer la importancia de minimizar los posibles daños y adecuar el espacio de trabajo para una mejor higiene visual.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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

EQUIPO DE TRABAJO

MESA:

- La mesa debe tener un espacio adecuado que permita trabajar cómodamente. Se recomienda que, para trabajos de oficina, las medidas sean de 140-160 cm de ancho x 80 cm de profundidad.
- El acabado será mate y de color claro, de esta manera se minimizan los reflejos posibles.
- Una vez apoyados en la mesa, con los antebrazos y muñecas, estos deben formar un ángulo de 90° aproximadamente con el resto del brazo.

SILLA:

- La altura del asiento debe poder ajustarse en altura, así como el respaldo.
- La tapicería debe ser de un material que permita la transpiración.
- La zona lumbar debe poder apoyarse completamente en el respaldo de la silla.
- No es obligatorio, pero sí aconsejable, que las sillas tengan ruedas y cinco puntos de apoyo al suelo.

PANTALLA DE ORDENADOR Y TECLADO

- Debe ser orientable e inclinable
- La pantalla debe estar a una distancia de 40 cm mínimo con respecto a los ojos del usuario.
- Se deben evitar los reflejos con un buen acondicionamiento del entorno. Las ventanas deben quedar perpendiculares a la pantalla.
- El teclado debe ser inclinable e independiente de la pantalla.
- Las teclas tienen que ser cómodas en tamaño y forma. Los símbolos deben ser legibles.

OTROS:

- El reposapiés se hace obligatorio cuando no se llegue adecuadamente al suelo. Además, debe tener superficies antideslizantes, tanto en la parte superior (donde apoyan los pies) como en la inferior (para asegurar su adherencia al suelo).
- El atril es aconsejable cuando necesitamos trabajar con ordenador y documentos al mismo tiempo.

ENTORNO DE TRABAJO

ILUMINACIÓN:

- La iluminación debe ser uniforme en todo el espacio de trabajo.
- La pantalla del ordenador debe estar orientada de forma perpendicular al foco de luz, ya sea luz natural o artificial.

ESPACIO:

- Debe existir el espacio suficiente para que se pueda permitir la correcta movilidad del personal en la oficina. Así mismo, debe haber el espacio suficiente entre la silla y la mesa con el fin de permitir cambios de postura del trabajador.

RUIDO:

- Se debe evitar tener impresoras, faxes, o cualquier máquina cercana a los puestos de trabajo.
- Se debe instalar la oficina lo más alejada posible de focos de ruido que puedan interferir en la concentración del trabajador.

RECOMENDACIONES:

Se deben establecer unas pautas de descanso para que el trabajador/a pueda tomar pequeñas pausas o cambiar de actividad.

5 Discusión-Conclusión

El trabajador debe tener información y formación necesaria para desarrollar sus tareas en su puesto de trabajo.

El trabajador debe ser conocedor, por parte de la empresa, de los riesgos laborales a los que se expone y las medidas necesarias para paliar dichos efectos negativos. La empresa debe garantizar al trabajador los requisitos ergonómicos en su puesto de trabajo, fomentar una buena higiene visual, ayudar a los trabajadores a trabajar en las mejores condiciones posibles.

Una buena salud visual garantiza un buen desarrollo de las actividades a realizar.

6 Bibliografía

1. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales
2. Real Decreto 488/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización
3. Los diez mayores riesgos para nuestra salud en la oficina www.prevencionar.com

Capítulo 555

EMPATIZAR CON EL PACIENTE Y SU FAMILIA. LA IMPORTANCIA DE LA EMPATÍA EN EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MARÍA TERESA GARCIA JIMENEZ

MARIA JOSE MORA CEREZO

JOSEFA COUQUE MOTILLA

MERCEDES GARCÍA GARCÍA

VERÓNICA PÉREZ ORTIZ

1 Introducción

Según la RAE, empatía es: “Identificación mental y afectiva de un sujeto con el estado de ánimo de otro”. Aunque se considera más acertado y acorde a su definición, este otro: “Participación afectiva de una persona en una realidad ajena a ella, generalmente en los sentimientos de otra persona”. Lo que comúnmente se dice: Ponerse en el lugar de la otra persona o, caminar con los zapatos de la otra persona.

La empatía es una de las mayores (y mejores) herramientas de habilidades sociales, no solo ayudamos a la otra persona siendo empático, además nos ayudamos a nosotros mismos y nuestras relaciones con otras personas.

Las habilidades sociales, en el ámbito sanitario y hospitalario, son de gran utilidad, además de mejores personas, hacen mejores profesionales. Todo trabajador que su puesto esté relacionado con la interrelación con otras personas debe trabajar en sus propias habilidades sociales, con ello genera confianza en sí mismo y la transmite al resto. Gana en autoestima y autocontrol. Es por ello que la empatía y una gran herramienta en habilidades sociales.

Ser empático permite al auxiliar administrativo entender y darse cuenta de lo importante que es como conjunto en el centro hospitalario, ya que les permite centrarse en el paciente y detectar su necesidad.

2 Objetivos

- Mejorar como profesionales mostrando empatía con el paciente y su familia.
- Mejorar la comunicación y relaciones del paciente en el ámbito sanitario.
- Hacer sentir al paciente que se le escucha y no solo se le oye.
- Disminuir la ansiedad del paciente cuando llega al centro sanitario al sentirse comprendidos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente texto, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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 continuación vamos a marcar unas sugerencias para desarrollar la empatía con el paciente y sus familiares.

”No es lo mismo escuchar que sentirse escuchado”, esta frase dice mucho. Es muy importante que, tanto el paciente como su familia, se sienta escuchado, comprendido, hacerles sentir que nos preocupamos y que vamos a hacer todo lo posible para resolver su problema.

Tan importante como hacer algo, es hacer sentir confianza y seguridad en que se va a intentar, generar la confianza de la persona que se tiene en frente.

- Escuchar con atención, centrarse exclusivamente en el paciente, escucha activa.
 - Hacer sentir seguro al paciente e importante para el personal.
 - El paciente transmite con mayor seguridad, tranquilidad y serenidad al sentirse comprendido.
 - Empatizar y escuchar con atención hace que no haya malos entendidos o malas interpretaciones.
 - Se intentará parafrasear lo que el paciente nos está contando para hacerle saber que le estamos escuchando con atención.
 - No interrumpir al paciente cuando está hablando.
 - Entender que la persona que tenemos delante es un paciente, está enferma y tiene una necesidad que se debe cubrir.
 - Prestar mucha atención al lenguaje no verbal, tanto o más importante que el lenguaje oral. Prestar atención al lenguaje verbal del paciente y sus familiares, cómo al nuestro propio.
 - Gestos amables o una sonrisa pueden ser capaces de transmitir ánimo, paliar en cierta medida su sufrimiento.
 - Los mismos métodos se deben llevar a cabo con la familia del paciente, son parte muy importante.
- * Mantener informado al paciente como a sus familiares en todo momento y en la medida de lo posible.
- * Anticiparse a los movimientos, avisar al paciente de cada cosa, de cada paso que se va a dar antes de hacerlo.

5 Discusión-Conclusión

Con todo lo expuesto anteriormente, queda claro que la sanidad se ha humanizado mucho en poco tiempo, pero se debe seguir trabajando en ello porque es muy importante.

Humanizar la sanidad implica minimizar la tendencia a tratar al enfermo como si fuera un objeto, una simple enfermedad o unos síntomas específicos. Por encima de todo, el cuidado humanizado debe considerar a los pacientes como personas en primer lugar.

Según la OMS es un imperativo ético que contribuye a salvaguardar la dignidad humana en armonía con la ética, la moral, los valores, los principios y la

reglamentación deontológica que regular las prácticas en un contexto de salud.

6 Bibliografía

1. Mariano Chóliz (2005). Psicología de la emoción: proceso emocional
2. www.minsal.cl
3. www.isanidad.com
4. www.saludiareio.com

Capítulo 556

ATENCIÓN PRIMARIA Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MARÍA TERESA GARCIA JIMENEZ

MARIA JOSE MORA CEREZO

JOSEFA COUQUE MOTILLA

MERCEDES GARCÍA GARCÍA

VERÓNICA PÉREZ ORTIZ

1 Introducción

El auxiliar administrativo en el centro de salud no sólo es la primera cara que ve el paciente, también es la primera toma de contacto. De esa primera toma de contacto dependerá en gran medida la actitud del paciente.

El auxiliar administrativo se encarga de ayudar a los pacientes en el proceso para realizar los trámites, asegurándose de que se cumplan los requisitos para poder realizar los procedimientos antes establecidos.

El auxiliar administrativo debe saber trabajar en equipo. Ser capaz de manejar los recursos habituales en una oficina, ordenador, fotocopidora, escáner... Debe tener habilidades comunicativas orales y escritas. Saber mostrar, tanto de manera presencial como telefónica, una actitud profesional, educada, proactiva y amable.

En atención primaria, el auxiliar administrativo, trabaja en equipo junto a personal facultativo, personal de enfermería, celadores, trabajador social, auxiliar de enfermería. El auxiliar administrativo forma parte de las llamadas "Unidades administrativas", es personal no sanitario dentro de los centros hospitalarios.

El auxiliar administrativo, además, debe tener conocimiento de todos los derechos del paciente, y asegurarse de que no son vulnerados. Que el paciente reciba una atención adecuada está en nuestra mano.

Es por ello que el auxiliar administrativo es muy importante en los centros sanitarios y, especialmente, en atención primaria. Forma un gran equipo junto al resto de profesionales.

2 Objetivos

Entender la importancia de las funciones del auxiliar administrativo en atención primaria, sobre todo en la toma de contacto.

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

Las funciones del auxiliar administrativo son prácticamente las mismas en los distintos centros sanitarios, también son muy parecidas, con breves variaciones en los distintos servicios donde el auxiliar administrativo desempeña sus funciones: atención al paciente, preparación de datos informáticos, gestión de citas en el servidor, recepción de llamadas, etc.

Las capacidades y aptitudes del auxiliar administrativo deben señalarse, ello ayuda para desarrollar su trabajo de forma óptima y con garantías de éxito, entre ellas podemos destacar:

- Capacidad de empatizar
 - Escucha activa
 - Orientar y filiar correctamente a los usuarios
 - Recepción de los usuarios a los servicios de salud
 - Debe ser una persona ética y con valores humanos
 - Debe tener capacidad de gestionar las distintas situaciones que puedan ocurrir en el trato con pacientes o familiares.
- Capacidad de gestionar sus emociones y ayudar en la gestión de las emociones de los pacientes

Los centros sanitarios, ya sea un hospital, el servicio de urgencias o atención primaria, están formados por personal sanitario y personal no sanitario.

El auxiliar administrativo, habitualmente, hace de conexión entre el paciente y el personal sanitario o compañeros no sanitarios. En muchas ocasiones también es el nexo de unión entre hospitales.

Las principales funciones del personal administrativo son:

- Atención al público
- Preparación y tratamiento de los datos informáticos de pacientes
- Recepción de llamadas
- Registro de los pacientes a su llegada
- Preparación de la Historia clínica de cada paciente
- Inclusión en el sistema de nuevos pacientes
- Filiación de pacientes
- Atención a familiares
- Solicitud de ambulancia
- Gestión y tramitación de las pruebas solicitadas por el personal sanitario
- Atención teléfono
- Citación de pacientes, tanto de forma presencial como telefónica
- Gestión de los recursos.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo es la primera figura con la que el paciente tiene contacto, por ello ya lo convierte en importante. El auxiliar administrativo es el primer eslabón de la cadena. De él depende esa primera imagen tan importante.

Es necesario que el auxiliar administrativo sea una persona que ofrezca un adecuado trato y tratamiento a los usuarios. Debe ser una persona serena y saber utilizar la sencillez a la hora de explicar a los pacientes.

El auxiliar administrativo debe generar confianza, saber escuchar y ayudar al paciente a expresar lo que le sucede o necesita.

Ayudar a los pacientes en esa primera toma de contacto, dónde muchos llegan nerviosos, saber adaptarse y transmitir tranquilidad y seguridad.

6 Bibliografía

1. <https://sanidad.castillalamancha.es>
2. BOE-A-1984_12764 Orden de 28 de mayo de 1984 por la que se aprueba el Reglamento de funcionamiento de la Comisión Consultiva Nacional de Convenios Colectivos
3. 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.

Capítulo 557

LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS: ELECTRORRETINOGRAMA (ERG) EN OFTALMOGÍA

MARÍA PILAR VALVERDE RUBIO

M ENGRACIA PEREZ IZQUIERDO

TERESA JAREÑO ROMERA

1 Introducción

Los auxiliares administrativos realizan sus funciones como personal estatutario integrado en un equipo multidisciplinar, tanto en los centros de salud de Atención Primaria (Centros de Salud, Consultorios), como en los centros de especialidades, hospitales, etc.

Los auxiliares administrativos realizan labores en distintas secciones, atendiendo al personal y/o telefónicamente, pero también en otras secciones en las que el uso con ordenadores en la que las pantallas de visualización es durante numerosa horas, como en admisión, almacén, recursos humanos (nominas, contratación, contabilidad , bolsa de trabajo, etc.).

La idea principal es ver como afecta el uso durante numerosas horas junto al ordenador con las pantallas de visualización a los diferentes trabajadores pero haciendo siempre más hincapié, en los trabajadores en el Área Administrativa con problemas visuales como la miopía, presbicia ,astigmatismo, et. Los auxiliares administrativos pueden sufrir la ERG en oftalmología ya que están expuestos numerosas horas frente a una pantalla de ordenador. La ERG es el examen para

medir la respuesta eléctrica de las células del ojo sensibles a la luz, llamadas bastones y conos. Estas células son parte de la retina que es la parte posterior del ojo, la electroretinograma es una prueba que se usa para diagnosticar enfermedades degenerativas de la retina como por ejemplo la retinosis pigmentaria o controlar el estado de la retina cuando se toman diferentes medicamentos que pueden deteriorarla (antipalúdicos, por ejemplo).

2 Objetivos

El objetivo es ayudar a facilitar y mejorar la ergonomía de los trabajadores con respecto al uso de las pantallas de visualización.

Prevenir diferentes problemas que puedan ser ocasionados por el uso continuado de las pantallas de visualización (ordenadores) y mejorar en la medida de lo posible el buen uso con respecto a los mismos.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en saber distinguir, por un lado, la fatiga visual, de la presbicia y por otro lado, recoger todo tipo de información bibliográfica de las diferentes páginas que podemos encontrar en internet.

4 Resultados

La Ergo oftalmología es la ciencia que nace de toda la unión de la oftalmología y la ergonomía y que trata de optimizar las condiciones de trabajo en relación a la salud de la visualización de todos los trabajadores expuestos a ello. Esta investigación se ubica en el campo propio del conocimiento.

La presbicia o anomalía o defecto del ojo que consiste en la dificultad de ver con bastante claridad los objetos más próximos y que se debe en su totalidad a la rigidez y esfuerzo del cristalino.

“la presbicia, conocida popularmente como «vista cansada», es más frecuente en personas de edad avanzada”.

Causas de la fatiga visual por el uso inadecuado de pantallas de visualización de datos

Existen factores ambientales y ergonómicos que pueden derivar en molestias visuales:

- Relacionados con el equipo informático y su colocación
- Relacionados con el entorno (iluminación, reflejos, emisiones, humedad,...)
- Relacionados con la organización del trabajo (medidas de protección, postura, ...)

Diferentes estudios realizados han podido constatar las siguientes alteraciones visuales derivadas de un uso inadecuado de las pantallas de visualización sobre la salud visual.

Consecuencias sobre la salud visual del uso inadecuado de las pantallas de visualización

Una consecuencia del uso inadecuado y prolongado de las pantallas de visualización, ya sea producido por factores relacionados con el equipo, ambientales u organizacionales, ocasiona fatiga visual, que ocasiona una disminución del poder funcional del órgano visual, cosa que ocasiona distintas molestias.

La incidencia de las mismas se calcula entre un 10 y un 40% del personal que trabaja con estos elementos.

Los síntomas de la fatiga visual pueden ser, oculares, con molestias de tensión ocular, pesades de ojos, picores, quemazón, somnolencia, escozor y necesidad de frotarse los ojos entre otras, así como también se dan trastornos visuales, con dificultad para enfocar los objetos, lo que conlleva a ver borroso y ver las imágenes borrosas o desenfocadas; y trastornos extraoculares, como molestias en la nuca y espalda, vértigos y mareos, cefaleas, etc.

5 Discusión-Conclusión

Conforme vamos cumplimos años, y sobre todo a partir de los 40-45, todas las personas en mayor o menor medida perdemos bastante la capacidad de enfocar a distancias cortas porque la cápsula del cristalino (que es una lente que llevamos dentro del ojo) va degradando su elasticidad.

Tampoco debemos confundirlo que es la fatiga visual con la vista cansada o presbicia, que es un problema fisiológico relacionado con el tiempo.

Se empieza a notar por ejemplo cuando intentamos leer un mensaje en el móvil y tenemos que alejarlo para verlo bien. La presbicia es un defecto refractivo que no se puede prevenir y la única solución es mediante la corrección óptica con gafas de cerca o bien quirúrgica.

Uno de los requisitos de la ergo oftalmología es disminuir los efectos negativos de los aparatos informáticos para los trabajadores, en este caso auxiliares administrativos, que permanecen muchas horas en sus puestos de trabajo, expuestos a estos efectos, por lo que es importante seguir unas buenas recomendaciones de

ergonomía, no solo en el aspecto visual sino también en las posturas que se deben adoptar al sentarse y también el entorno de luz, como hacer descansos de unos minutos cada hora, levantarse, usar filtros protectores.

La importancia de hacer uso de las recomendaciones anteriormente descritas favorecerá nuestra salud y así podremos evitar posibles trastornos visuales y posturales.

6 Bibliografía

BIBLIOGRAFIA:

2. [https://admiravision.es/fatiga-visual-por-la utilización -de-pantallas-de-visualización-de-datos](https://admiravision.es/fatiga-visual-por-la-utilización-de-pantallas-de-visualización-de-datos)
3. [https://www.oftalvist.es/blog/uso-excesivo-de-visualización de pantallas](https://www.oftalvist.es/blog/uso-excesivo-de-visualización-de-pantallas)
1. <http://www.semac.org.mx>
> archivo

Capítulo 558

DIFERENTES FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN URGENCIAS DEL HOSPITAL

GLORIA HERNANDEZ TOMAS

GEMA MORALES GÓMEZ

ULISES ROMERO VERGARA

FRANCISCA BOTIJA GARRIDO

JUAN BAUTISTA SERRANO ROMERO DE AVILA

1 Introducción

El servicio de urgencias de un hospital es el área responsable de dar atención médica y quirúrgica a los pacientes que requieren de una atención inmediata y multidisciplinaria. A diferencia de las consultas médicas, no requiere de citas y se puede acudir en cualquier momento, porque está abierto las 24 horas del día y los 365 días del año.

Las unidades de urgencias y emergencias por lo general se dividen en hospitalarias, que son aquellas situadas dentro de los hospitales y que suelen atender casos de mayor gravedad por su mayor capacidad técnica, la zona se divide en áreas como la de admisión, triaje, atención crítica, boxes y la sala de espera y observación. Y extrahospitalarias que son las enlazadas a los centros de atención primaria de salud y servicios de ambulancia no medicalizadas.

El servicio de urgencias debe garantizar la asistencia al paciente en todo momento a cualquier tipo de urgencia médica, que podría ser de forma completa, es decir, que el paciente salga de urgencias atendidas y con una posible solución o bien de forma parcial, es decir que el paciente una vez asistido sea necesario remitirlo a otro especialista o Centro de nivel superior.

Los pacientes no serán atendidos por hora de llegada, sino según la severidad de su sintomatología, los profesionales de urgencias realizarán un triaje para determinar quién debe de ser atendido primero, esto significa que se evalúa la gravedad de los síntomas el paciente mediante un proceso de valoración clínica previa a la valoración médica y terapéutica en el servicio urgencias lo que permite que la atención al enfermo sea oportuna, adecuada y eficaz en su mayor medida.

El paciente al llegar a urgencias deberá ser atendido en el área de recepción en donde se solicitarán una serie de datos (nombre, fecha de nacimiento, domicilio, razón de la visita, una identificación) esta información será introducida en el sistema informático con la finalidad de agilizar la atención lo más rápido posible. El paciente debe de ser informado de las políticas del hospital.

Después se le hará una valoración inicial, siendo atendido por uno de nuestros enfermeros, que valorará los signos vitales y síntomas para poder categorizar la prioridad de la atención en el Triage y decidirá si deberá recibir atención inmediata o pasar a la sala de espera.

A continuación, el médico realizará una valoración específica para definir si se requieren estudios o la valoración de algún médico especialista y actuar según sus necesidades.

Una vez completada la examinación médica se determinará si el paciente continúa en el servicio de urgencias, si debe ser ingresado en el hospital o si se le da el alta para tratamiento ambulatorio.

2 Objetivos

Exponer las funciones propias que realiza el auxiliar administrativo en el servicio de urgencias de un hospital o centro de salud.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha tenido en cuenta información de diversas fuentes sobre el tema propuesto. Se ha consultado información en diversos artículos en buscadores científicos como Medline plus y Scielo, realizando una investi-

gación minuciosa. Además se ha utilizado buscadores como Google académico y Dialnet.

4 Resultados

Las funciones específicas que el auxiliar Administrativo desempeña dentro del servicio de urgencias de un Hospital serían las siguientes:

- Deben abrir hoja a los pacientes, pidiéndole una serie de datos como nombre, fecha de nacimiento, domicilio, razón de la visita, una identificación de la Seguridad Social (S.S) solicitando la tarjeta sanitaria, ya sean provenientes de ambulancia o que lleguen por propios medios.
- Verificará los datos de la tarjeta sanitaria en los distintos programas informáticos del hospital.
- Después pasará la hoja clínica a triaje, donde la enfermera revisará al enfermo, detallando la gravedad del paciente y ver las prioridades de cada enfermo, clasificándolos en leves, moderados, graves o muy graves. Este nivel de gravedad lo marcarán por diferentes colores que pueden ser: de color rojo, atención inmediata; naranja, emergencia que debe ser atendida entre 10 a 15 minutos; amarillo es urgente, puede tardar hasta 60 minutos; de color verde, puede tardar hasta 2 horas siendo una urgencia menor o de color azul que no se considera urgencia y puede tardar hasta 6 horas.
- Gestiona la información general de los pacientes remitiéndolos a los médicos correspondientes si estos requieren un estudio o valoración de algún especialista. Deberán dar cita del especialista al paciente.
- Deben emitir todos los documentos generados por la asistencia a los enfermos, ya sean por un accidente de trabajo, un accidente de tráfico o un parte de lesiones a los juzgados.
- Deben facilitar la hoja de reclamaciones al paciente si este la solicita y explicarle como debe cumplimentarla y procedimiento de la misma.
- Los auxiliares administrativos deben ser tratados de forma respetuosa por los familiares y los pacientes, si no es así, deberán intentar calmar a la persona y si su actitud continúa siendo agresiva, se solicitará la actuación del Servicio de Seguridad.

5 Discusión-Conclusión

El papel del Auxiliar administrativo es clave dentro del servicio de admisión de urgencias para que se pueda llevar a cabo un correcto funcionamiento de dicho

servicio dentro del hospital.

El auxiliar administrativo debe de estar formado y adquirir ciertos conocimientos antes de realizar las funciones correspondientes al servicio de admisión de urgencias hospitalarias, ya que es muy importante que haga su trabajo lo mejor posible, ya que una correcta acogida por su parte agiliza y ayuda a la coordinación de todo el proceso que se debe cumplir en este servicio del hospital. Por eso tiene que dominar los distintos programas informáticos para evitar incidencias y así no existan demoras innecesarias del paciente. Además de él, depende que sus compañeros pueden seguir realizando de forma correcta su trabajo correspondiente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 559

DIFERENTES FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN RECURSOS HUMANOS DEL HOPITAL

GLORIA HERNANDEZ TOMAS

GEMA MORALES GÓMEZ

ULISES ROMERO VERGARA

FRANCISCA BOTIJA GARRIDO

JUAN BAUTISTA SERRANO ROMERO DE AVILA

1 Introducción

Los recursos humanos en cualquier empresa son un departamento en el que se gestiona todo lo relacionado con las personas que trabajan en ella. Abarca varias actividades como formación, gestión de talento, selección de personal, entre otras. Son indispensables para que las empresas crezcan y contraten a sus mejores trabajadores. Además, deben ayudar a todo empleado que lo necesite.

En un hospital pasaría lo mismo, los recursos humanos de este deben gestionar varias tareas entre los trabajadores sanitarios y no sanitarios.

Una de las más importantes sería:

Identificar personal que tenga una aptitud paciente para atender a los enfermos tanto a nivel médico como a nivel asistencial, teniendo en cuenta varios factores; experiencia, conocimientos, personalidad, entre otras.

Otra sería la formación del personal, el personal debe recibir una formación especializada para que pueda desarrollar sus funciones de la forma más correcta. Recursos Humanos debe garantizar el desarrollo profesional de sus trabajadores, poniendo a disposición de estos cursos formativos.

Otra y no menos importante sería la gestión de talento, gestionando el talento y motivando a las personas que forman parte del equipo. Como por ejemplo: la posibilidad de tener conciliación de la vida personal y profesional, la satisfacción personal en el trabajo, la motivación social y un buen clima laboral.

Los profesionales que trabajan en recursos humanos de los hospitales tienen un papel muy importante, porque son los encargados de que este funcione de la forma más correcta y de que todos sus trabajadores estén cualificados para el puesto que deben desempeñar. Deberán tener bien perfilados los perfiles de los profesionales necesarios en cada unidad para realizar los procesos de selección en el momento necesario y disponer de bolsas de trabajo temporales con las que puedan cubrir las necesidades del hospital.

Además, si el proceso de selección es importante para este departamento, la desvinculación del profesional con el hospital debe tener la misma importancia. El auxiliar administrativo ejerce un papel fundamental en este departamento porque junto con sus compañeros es el encargado de facilitar a los trabajadores de un hospital todo lo necesario para que puedan ejercer su función de la forma más correcta. Además, es el encargado de facilitar el trabajo a sus superiores.

2 Objetivos

Exponer las diferentes funciones propias que le corresponden al auxiliar administrativo en el departamento de recursos humanos 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

El Auxiliar Administrativo desempeña una serie de funciones dentro del departamento de Recursos Humanos como son:

- Mantener registros de empleados (copias impresas y electrónicas)
- Actualizar bases de datos de Recursos Humanos (por ejemplo nuevos empleados, separaciones, vacaciones y bajas por enfermedad)
- Ayudar en la preparación de nóminas proporcionando datos relevantes, como ausencias, primas y bajas, para ello cuenta con programas informáticos adecuados facilitados por el hospital, y siguiendo los cuadrantes de trabajo entregados por los jefes o supervisores de las diferentes unidades hospitalarias.
- Apoyar al departamento en funciones como publicar anuncios de empleo y procesar solicitudes de empleados.
- Realiza las llamadas telefónicas oportunas a los candidatos de las bolsas de trabajo temporal para ofertarles un puesto específico en el Hospital. Dejando constancia de si el profesional ha aceptado o rechazado el puesto, debe indicar al ofertado consecuencias de su negación y la penalización correspondiente si la hubiera.
- Cuando los profesionales de un hospital sean sanitarios o no, son llamados para incorporarse a un puesto de trabajo, deben de dirigirse al departamento de recursos humanos donde los atenderá el auxiliar administrativo y les explicará condiciones del contrato, documentación necesaria, puesto a cubrir, unidad o servicio donde va a realizar su trabajo, horarios, duración del contrato, si el contrato es de larga o corta duración... Etcétera.
- Debe de estar a cargo del correo administrativo, contestando y poniendo solución a los diferentes casos que puedan presentarse.
- Es responsabilidad suya gestionar la asistencia, así como organizar las ausencias y salidas del personal, actuando en consecuencia de alguna anomalía con la que pueda encontrarse.
- Además debe mantener informados a los trabajadores de los cursos de formación especializada que pueden recibir informándoles de, horarios, tiempo y características del mismo.

5 Discusión-Conclusión

Se llega a la conclusión de que las funciones que realiza el auxiliar administrativo en el departamento de recursos humanos son imprescindibles, ya que es el encargado de tareas muy importantes en este departamento, principalmente es

el encargado de tener el mayor contacto con todos los trabajadores del hospital, ya que es el que primero que contacta con ellos y mantiene una continua relación. El auxiliar administrativo también debe de estar continuamente formado y adquirir ciertos conocimientos antes de realizar sus funciones en este servicio hospitalario ya que es muy importante que haga su trabajo lo mejor posible porque él es un pilar fundamental para el funcionamiento correcto del hospital.

6 Bibliografía

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

Capítulo 560

FUNCIONES QUE DESEMPEÑA UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LOS DIFERENTES CENTROS DONDE VA A DESEMPEÑARLAS

GLORIA HERNANDEZ TOMAS

GEMA MORALES GÓMEZ

ULISES ROMERO VERGARA

FRANCISCA BOTIJA GARRIDO

JUAN BAUTISTA SERRANO ROMERO DE AVILA

1 Introducción

El auxiliar administrativo puede desempeñar su trabajo en diferentes áreas de la salud. Podría trabajar en atención primaria, en atención al paciente, atención al público, en urgencias, etc., es decir en diferentes departamentos de entidades promotoras de salud, hospitales, clínicas y centros de salud de los sectores públicos y privados, atendiendo a pacientes y usuarios, bien presencial o telefónicamente y en cada uno de ellos realiza funciones diferentes.

- Atención primaria, son los centros de salud, donde los auxiliares administrativo realizan la conexión entre el paciente y el personal sanitario, bien para que sean asistidos por cualquier profesional médico para vacunas, análisis, rehabilitación, etc. Es decir, cualquier acción que debe realizarse desde un nivel primario y local.

Además de ser un nivel básico e integrante de cualquier sistema de salud, en estos se debe ofrecer servicios según necesidad y dar respuesta en su nivel a la mayoría de los problemas. Y deben garantizar una continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos. Comprenderá prevención de enfermedades, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como rehabilitación física y el trabajo social.

- Atención especializada, que son los hospitales, en estos se llevara a cabo una asistencia especializada, promoción de la salud y prevención de las enfermedades, conforme a los programas de cada Área, así como la docencia y la investigación, actualizando sus actividades con las desarrolladas por la red de atención primaria del departamento correspondiente. En estos se debe de dar un diagnóstico, tratamiento curativo y paliativo de la enfermedad, con inclusión de las intervenciones médicas, quirúrgicas y especiales, readaptación física, mental y social.

Las funciones del auxiliar administrativo pueden variar dependiendo donde esté ubicado su puesto de trabajo. Pero cabe destacar que el principal sería supervisar y dirigir todos los aspectos necesarios para garantizar las operaciones y funcionalidad a corto, mediano y largo plazo en materia sanitaria, debe facilitar la conexión entre el paciente y el personal sanitario.

2 Objetivos

Exponer el papel y las directas funciones que tiene el Auxiliar administrativo en los diferentes centros de la salud, como hospitales y centros sanitarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos como Google académico y Dialnet.

4 Resultados

El auxiliar administrativo ejerce un papel fundamental en el área de la salud, ya que dependiendo del puesto que desempeñe tendrá un contacto directo o indirecto con todos los pacientes, además es el encargado de hacer un seguimiento a

estos antes o después de ver al personal sanitario, dará nueva citas y se encargará de todas las gestiones correspondientes.

Este profesional tiene que ser competente, con diversidad humana, empatía, alta capacidad de escuchar y capaz de desenvolverse adecuadamente en los diferentes escenarios que puedan surgir.

A la hora de definir las principales funciones del auxiliar administrativo nos hemos remitido a la normativa que las regula. Que sería una Orden de 1984 que modifica el Estatuto del Personal no Sanitario de las instituciones Sanitaria Públicas de la Seguridad Social de 1971.

Las funciones más destacadas del auxiliar administrativo serían las siguientes:

- Atención al público, con un contacto directo o indirecto tanto en atención primaria como en el hospital.
- Recepción y realización de llamadas. La recepción para dar citas o resolver cualquier duda que le pueda surgir al interesado, si el auxiliar administrativo no pudiera resolverla tendrá que remitirlo a la persona que corresponda. Y realización de llamadas para dar citas nueva, avisar al paciente de algún cambio de consulta, cambio de citas, etc....
- La organización de expedientes y su tramitación, cumplimentando estos con los datos de los pacientes.
- La gestión de las citas en el servidor, el auxiliar deberá estar formado para la correcta utilización de los programas del hospital.
- La mecanografía de documentos, deberá pasar a limpio la documentación que corresponda.
- Gestión de tarjetas sanitarias, donde el paciente deberá facilitarle todos los datos que se necesiten, aportando la documentación necesaria.
- Comunicación con proveedores de atención médica, deberá registrar entrada y salidas del material.

5 Discusión-Conclusión

El papel del Auxiliar administrativo es clave, imprescindible, fundamental y muy importante dentro de las entidades promotoras de la salud para que se pueda llevar a cabo un correcto funcionamiento de estas.

El auxiliar administrativo debe de estar formado y adquirir ciertos conocimientos antes de realizar las funciones correspondientes a su puesto, ya que es muy importante que haga su trabajo lo mejor posible, porque una correcta acogida por su parte agiliza y ayuda a la coordinación de todo el proceso que se debe cumplir

con el paciente Por eso tiene que dominar los distintos programas informáticos para evitar incidencias y poder facilitar el trabajo a sus compañeros.

6 Bibliografía

1.scv_edu.com

2.wikipedia.

3-Boe-A-1987-9351 RD 521/1987, de 15/04 formaciónalcala.com/articulos/113/funciones-de-auxiliar-administrativo-sanidad

Capítulo 561

EL CELADOR DE PUERTA EN URGENCIAS

LETICIA HERNÁIZ BELTRÁN

RAFAEL FUERO HERNÁNDEZ

MARÍA CELIBERTI RIBERA

1 Introducción

El celador de puerta es la primera persona con la que se encuentran los usuarios a su llegada al hospital por la puerta de urgencias, y forma parte del personal de los servicios sanitarios, con lo que sus funciones deben estar bien definidas y reguladas en el Estatuto preconstitucional de 1971, actualizándose con la Ley 55/2003 de 16 de diciembre del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud.

Todo usuario tiene derecho a recibir por parte de los profesionales un trato igualitario, no discriminatorio y equitativo, sin que sobre ellos recaiga ningún prejuicio por sus actuaciones o conductas.

El celador está catalogado como personal de gestión y servicios, con lo que no es personal sanitario como tal.

El celador de puerta tiene que tener un comportamiento ejemplar, paciencia, comprensión, facilidad de comunicación para poder dar una información correcta y comprensible a los usuarios, que en muchas ocasiones llegan nerviosos o alterados por las circunstancias, esto les dará sensación de tranquilidad y comodidad. Para realizar su trabajo, el celador de puerta debe conocer completamente, aparte de las funciones generales, las funciones específicas del puesto a desempeñar,

siendo muy importante la labor de vigilancia para que haya un mejor funcionamiento del trabajo hospitalario.

2 Objetivos

Exponer las funciones que tiene que realizar el celador de puerta en urgencias de un centro hospitalario.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación sobre una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Además también se han revisado diferentes publicaciones en Google académico, en diferentes blogs relacionados con las funciones propias del celador, buscando palabras clave como “celador”, “urgencias”, “puerta”, Y en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud.

4 Resultados

Urgencias es la unidad asistencial que, bajo la representación de un médico, está destinada a la atención sanitaria de pacientes con problemas diversos y gravedad variable, que generan unos procesos que necesitan de atención inmediata.

Debemos saber que el celador de puerta en urgencias es la primera persona con la que paciente/ usuario tiene contacto a su llegada al recinto hospitalario. Por eso es muy importante conocer las funciones y labores que realizan.

Las funciones del celador de puerta en urgencias son las siguientes:

- Deberá estar siempre en la puerta, para recibir a los usuarios y pacientes que lleguen tanto en ambulancia como en vehículos particulares.
- Dirigirá al paciente a la zona de admisión para que este pueda dar sus datos administrativos, si es posible; si no, lo llevará a triaje mientras los datos los facilitará algún acompañante.
- Mantendrá las entradas de urgencias siempre provistas de sillas de ruedas, balas de oxígeno...
- Transportará a los pacientes desde el triaje al servicio de urgencias que manden los médicos responsables del paciente.
- Vigilará las entradas al área de urgencias para evitar que accedan personas no autorizadas.

- Avisará al personal sanitario cuando sea necesario.
- Velará para que en todo momento el paciente tenga la sensación de tranquilidad a su llegada al centro hospitalario; para ello es necesario una buena comunicación; las respuestas deben ser claras, concisas y entendibles; educación, respeto.
- No permitirá la entrada a personas que lleven comida o bebida.
- Tendrá el control del encendido y apagado de luces tanto del exterior como del interior del edificio.
- Vigilará también la salida de los enfermos.
- Avisará a los familiares de los pacientes que se encuentren en la sala de espera cuando se haga un traslado del enfermo, ya sea para realizar pruebas fuera de urgencias como cuando se produzca el ingreso en planta hospitalaria

5 Discusión-Conclusión

La función del celador de puerta en urgencias es de gran importancia, ya que es el primer eslabón de la cadena de atención hospitalaria entre pacientes/ usuarios y profesionales.

Los pacientes que llegan a urgencias, buscan, aparte de resolver su problema, un trato cercano, empatía y acogimiento del personal del hospital; por eso es tan importante el celador, y debe prestar mucha atención a sus técnicas de comunicación y su capacidad de asertividad para con la persona que tiene delante, esto provocará que la asistencia sanitaria se realice en las mejores condiciones posibles.

También es muy importante su labor para mantener el orden cuando hay posibilidad de que haya aglomeraciones indebidas en la puerta de urgencias.

6 Bibliografía

1. <https://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-27-actuacion-del-celador-en-el.html>
2. Ley 55/2003 de 16 de diciembre del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud.
3. <https://revistamedica.com/funciones-celador-servicio-de-urgencias>

Capítulo 562

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN

NOELIA ESCALONILLA

JUAN MANUEL BARAJAS VAZQUEZ

JUAN PRUAÑO

RAFAEL DE LA TORRE BUENO

MIGUEL ANGEL DE GRACIA MARTIN

1 Introducción

En los centros hospitalarios, junto con los centros de salud, podemos encontrar un servicio que tienen en común, ese servicio es el de esterilización, uno de los servicios más imprescindibles de todas las instalaciones sanitarias y no sanitarias. La sala de esterilización es la zona donde se efectúan los distintos procesos de esterilización de los materiales utilizados por los diferentes servicios que contienen las instalaciones sanitarias.

Este servicio se encuentra perfectamente conectado con un exclusivo ascensor de carga, este ascensor de carga conecta solamente los servicios de esterilización con el servicio de quirófano.

En el año 1876 se llevó a cabo el primer tratamiento de esterilización por autoclave, lo llevó a cabo Charles Chamberland junto con Louis Pasteur.

El único objetivo que tiene el servicio de esterilización, es lograr eliminar al 100% la vida microbiana, tanto patógena como saprófita de todo aquellos aparatos, in-

strumental o cajas de instrumentales que hayan sido utilizados en los diferentes servicios hospitalarios.

Lo que finalmente conseguimos es la desinfección por completo de los materiales, consiguiendo así la destrucción al completo de cualquier forma vegetativa de los microorganismos que habitan en los materiales.

Debemos saber y entender que una mala práctica y un mal proceso de esterilización mal acabado no solo puede conllevar grandes riesgos o incluso fallos irremediables para la salud del enfermo, sino que también puede tener un gran riesgo para el material, ya que una mala esterilización puede producir un deterioro en los instrumentos y en los equipos.

2 Objetivos

Exponer la forma de trabajar que tienen los celadores en el servicio de esterilización.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Vamos a describir las funciones que deben de realizar el celador:

Juntarán todo aquel material originario de las diferentes zonas hospitalarias, es decir: las ventanillas del centro, las plantas, los consultorios y lo trasladarán por los ascensores correspondientes de quirófano.

Retirarán del autoclave todo el material ya esterilizado, lo quitarán tantas veces se haya llenado.

Colocarán en los contenedores el instrumental, en ellos irán las etiquetas con las fechas y las horas de esterilización y con el número que le corresponda del autoclave en el que hayan sido esterilizados.

Llamarán a los quirófanos para que vayan a recoger el material que ya esté esterilizado, estos los recogerán a través del ascensor de carga.

Acoplarán el material fungible que venga derivado de los diferentes almacenes.

Desocuparán los ascensores de sucio para llevarlo a la zona de esterilización.

Transportarán y enviarán el material, ya que se encuentre ya esterilizado a las distintas secciones, es decir, a la central y viceversa.

Recogerán los encargos de ropa, sobres y rollos de cinta para precintar, estos lo suelen pedir los servicios de quirófano.

No recogerán algún material que no venga o no tenga vale o no lleve autorización de la supervisora.

Es fundamental y a la vez primordial que el celador preste ayuda al personal sanitario en las zonas de esterilización hospitalaria, así conseguirán tener una comunicación adecuada con el resto de sus compañeros, además también es importante que se lleven bien con el equipo del servicio de quirófano, ya que así conseguirán un gran y consolidado equipo de trabajo.

El celador en estas labores debe dominar y tener bastante claro cuáles son sus funciones y también debe tener claro cuál debe ser su misión en cada lugar en el que se pueda encontrar, ya que será diferente en el día a día.

5 Discusión-Conclusión

El celador debe de tener claro cuáles son sus funciones y lo que tiene que realizar una vez se encuentre en el servicio de trabajo.

Las participaciones del celador, deben ser fundamentales para el buen desarrollo del trabajo que ejerce los grupos multidisciplinarios e indispensables, además de ser necesarios para el buen aumento de estos servicios hospitalarios y de los centros sanitarios, además el celador debe de tener un nexo especial con los profesionales sanitarios en el servicio de esterilización, ya que van a pasar muchas horas juntos.

El celador debe de contribuir con los profesionales sanitarios de estas instalaciones sanitarias, ya que va a depender del equipo el que salga bien el trabajo.

6 Bibliografía

Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (s/f). Boe.es. Recuperado el 18 de junio de 2023, de <https://www.boe.es/>

CuidatePlus. (2017, marzo 6). CuidatePlus. <https://cuidateplus.marca.com/>

Portada - Cuidados 2.0. (s/f). Gva.es. Recuperado el 25 de agosto de 2023, de <https://cuidados20.san.gva.es/>

Capítulo 563

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO HOSPITALARIO

NOELIA ESCALONILLA

JUAN MANUEL BARAJAS VAZQUEZ

JUAN PRUAÑO

RAFAEL DE LA TORRE BUENO

MIGUEL ANGEL DE GRACIA MARTIN

1 Introducción

El servicio de quirofano, será el servicio que más ha evolucionado a lo largo de la historia.

Han pasado muchos años ya desde que se operaba antiguamente sin anestesia, sin antisépticos y por estas razones la mayoría de las veces el paciente no lograba salir con vida de los quirófanos.

Por aquellos entonces la cirugía era una actividad de muy alto riesgo, por estos motivos era la última opción ante algún problema con algún paciente.

La primera operación que se realizó, fue una amputación de brazo, de la cual el paciente no logró superarla.

Cuando ya volvemos a nuestro siglo, al siglo 21 nos damos cuenta de todo lo que ha pasado anteriormente y nos damos cuenta de todo lo que ha logrado la tecnología en el campo de la medicina, por lo menos en el campo de los quirófanos.

Los quirófanos de hoy en día están previstos de la más alta tecnología, para así lograr que las operaciones salgan con un porcentaje de éxito bastante alto.

El equipo que forma el servicio de quirófano es de personal sanitario como los médicos, las enfermeras y las técnicas en cuidados auxiliares de enfermería, y, por otro lado, tenemos el personal no sanitario, lo forman los celadores y el personal de limpieza.

En este capítulo nos vamos a centrar en el personal de los celadores.

2 Objetivos

Desarrollar las distintas labores o tareas que el celador del servicio de quirófano hospitalario debe efectuar diariamente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 área quirúrgica es el conjunto de las diferentes habitaciones donde se encuentran localizados los quirófanos, los pasillos, los vestuarios, las diferentes áreas de lavado y de esterilización.

Esta zona se encuentra partida en dos áreas perfectamente distinguidas, la primera es el área aséptica y la segunda es el área séptica.

A su vez estas zonas las podemos encontrar nuevamente distinguidas por la normativa de asepsia, podemos encontrar repartido el quirófano en diferentes zonas y con distintas limitaciones en lo referido al tránsito de personal, al material y a los enfermos.

Tenemos la zona negra o sin limitaciones: tal y como nos indica el nombre, esta zona no tiene límites, ya que está permitido el acceso al interior del área con la ropa de la calle.

En esta área, se encuentra la entrada y el área de cambio, es donde se localizan los vestuarios de quirófano.

Esta área además está muy próxima al área de descanso de todo el personal sanitario que se encuentra trabajando en el quirófano.

Tenemos la zona gris o semilimitada: esta zona del servicio se considera ya una zona limpia, para poder acceder a esta área, hay que ir con el uniforme adecuado al servicio, siendo necesario y además de obligatorio la utilización de calzas, gorro y mascarilla.

En esta zona se encuentran las áreas de limpieza y desinfección del aparataje e instrumental utilizado, aquí también podemos encontrar la labor del embalaje para mandar a esterilización el material utilizado, también se encuentra el área de reposo del personal y además de encontrarse los diferentes almacenes del material, unos almacenes que se utilizan diariamente en el quirófano.

Tenemos la zona blanca o limitada: Esta es un área exclusivamente limitada al personal autorizado.

En esta zona es notablemente imprescindible el uso del uniforme, del gorro, de las calzas y de la mascarilla quirúrgica.

En esta zona se localizan los quirófanos, el antequirófano, las zonas específicas para la efectuación del lavado de las manos, también podemos localizar el almacén de todo tipo del material ya esterilizado y podemos encontrar también la sala de recuperación.

El antequirófano es precisamente el área donde se deben localizar a los celadores mientras se está efectuando la operación.

Cualquier persona del grupo sanitario que trabaje en una zona quirúrgica debe llevar el uniforme indicado, con las medidas y protocolos de higiene que estén instaurados y cada vez que se deje esta zona, se han de realizar un cambio de uniforme.

El uniforme está compuesto por dos piezas: la casaca y el pantalón, tiene que estar compuesto de algodón con un tejido o malla bastante fuerte para poder prever infecciones, además debe de ser ancho para que nos proporcione una total libertad de movimientos.

El uniforme debe tener un color sólido, tranquilizador y además que sea absorbente de la luz.

Hay 4 colores que son los más utilizados: verde quirófano, azul verdoso, verde aceituna y el último que es el más utilizado, un azul celeste.

En cuanto al calzado nos referimos, tenemos llevar un calzado cómodo, fácil de limpiar y con la firmeza de que sea antideslizante.

.En respecto a las ocupaciones que un celador de quirófano debe de efectuar, cabe especificar:

Ayudarán en las diferentes labores que les sean encomendadas y las tareas que

les sean encargadas por los diferentes médicos, supervisores o enfermeras que participen en la cirugía.

Efectuarán el traslado de los enfermos desde su habitación donde se encuentran ingresados hasta la sala de quirófano que les sea indicada, sala de reanimación o viceversa, llevando con ellos siempre el historial clínico del paciente.

Cooperarán en la acomodación idónea del enfermo en la mesa de operaciones.

Ayudarán si es necesario en la retención o movilización de los pacientes que lo necesiten, siempre y cuando los médicos hayan realizado la petición, una petición que también pueden reflejar supervisores o enfermeras.

Realizarán los turnos de guardia que les correspondan y que les pertenezca dentro de lo hablado y señalado.

Señalarán a los diferentes supervisores del mobiliario que esté en mal estado o defectuoso, además tendrán que informar de cualquier otro defecto, ya sea de limpieza o de las paredes, techo, suelo...

Con la previa autorización del cirujano, el celador será el encargado de transportar los miembros que hayan sido amputados al mortuario.

5 Discusión-Conclusión

El quirófano es un área bastante crítica, es el área que se encuentra destinada a elaboración de las diferentes operaciones quirúrgicas efectuadas a todos los pacientes que las necesiten.

Es un área con muchas peculiaridades, y por eso la hacen diferente a los demás servicios asistenciales, en esta zona hay que entender al milímetro sus normas de intervención y los diferentes protocolos por los que se rigen para que sea esencial y además para asegurar la salud de los pacientes y así lograr impedir la propagación de cualquier infección.

El punto más importante y que hay que destacar y por el cual hay que hacer un mayor hincapié, es que la función principal del celador es el transporte de los enfermos desde el lugar donde se encuentre hospitalizado hasta el quirófano, siendo elemental el saber trasladar al enfermo un gran apoyo y sosiego durante ese recorrido.

El celador tiene que tener una alta capacidad de trabajo en grupo, ya que en esta zona es necesario tener un buen trato y tener una buena coordinación en el grupo multidisciplinar del cual forma parte.

6 Bibliografía

Online, C., & Perfil, V. T. mi. (s/f). CELADORES ONLINE de INSTITUCIONES SANITARIAS. Blogspot.com. Recuperado el 19 de junio de 2023, de <http://celadoresonline.blogspot.com/>

Oposiciones.es. (2021, julio 20). Oposiciones.es. <https://oposiciones.es/>

World health organization (WHO). (s/f). Who.int. Recuperado el 25 de agosto de 2023, de <https://www.who.int/>

Capítulo 564

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

NOELIA ESCALONILLA

JUAN MANUEL BARAJAS VAZQUEZ

JUAN PRUAÑO

RAFAEL DE LA TORRE BUENO

MIGUEL ANGEL DE GRACIA MARTIN

1 Introducción

El servicio de las urgencias, es el servicio o área orientada para las necesidades de cualquier enfermo que necesite ser estabilizado, atendido o controlado y de manera inmediata.

Los grupos sanitarios que se encuentran trabajando en este servicio suelen hacerlo de forma multidisciplinar, ya que es el principal servicio con una alta complejidad.

El grupo sanitario de urgencias está formado por varios médicos que suelen ser especialistas, varias enfermeras, varios técnicos de cuidados de enfermería y varios celadores, puesto que es un servicio con un gran tránsito de pacientes.

Nos vamos a centrar en las labores que realizar los celadores de forma continuada en este servicio de tan alta complejidad.

El celador deberá actuar según indique el estatuto del personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social, orden del 5 de julio 1971, compuesto por el grupo subalterno en la escala general.

Sus tareas viene especificadas en el artículo 14, punto 2, además cabe destacar que los celadores, como personal estatutario de los servicios de salud que forman el sistema de la nación, se les fijará los que se escriba en la ley 55/2003 del 16 de diciembre del estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud. En este estatuto están descritas las bases reguladoras del nexo funcional particular del personal estatutario de los servicios de salud.

2 Objetivos

- Exponer las características del servicio de Urgencias y su funcionamiento.
- Mostrar las labores que los celadores deben de realizar en la urgencia hospitalaria, uno de los servicios más complejos de cualquier institución sanitaria.

3 Metodología

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

Así mismo, se ha contrastado la información con el Hospital Virgen De La Luz (Cuenca)

Las palabras más utilizadas en este breve capítulo han sido: urgencias, funciones, celador.

4 Resultados

El servicio de urgencias es una zona que se encuentra integrada en las diferentes instalaciones sanitarias, ya sean centros hospitalarios o centros de salud. Se encuentra pegado a la puerta de acceso a estos centros hospitalarios. También puede estar unido al hospital, puede tener su propia puerta de acceso, la cual debe estar bien señalizada y diferenciada al resto de las zonas del hospital. Esta puerta ayuda a que los pacientes accedan más rápidamente al servicio de urgencias, eso significa que necesitan la ayuda urgentemente.

Hay que saber que una urgencia no es lo mismo que una emergencia, y que a la hora de ayudar a los pacientes que acuden a esa zona solicitando una ayuda médica urgente, puede estar ocasionada por diferentes causas.

- Emergencia es la situación complicada en la que se encuentra el enfermo, es decir, que tiene un riesgo vital para el paciente y necesita de una atención inminente.
- Urgencia es el estado que trae consigo un riesgo para el enfermo, este debe ser atendido en las primeras 24 o 48 horas.

El servicio de urgencias no se cierra, es decir, tiene que funcionar los 365 días del año y durante las 24 horas del día, también es deber del servicio de urgencias dar una atención tanto especializada como una atención primaria (urgencias en los centros de salud) en caso de que el paciente vaya con unas patologías graves, la atención primaria lo derivará al centro hospitalario más cercano.

Los enfermos pueden acceder al área de urgencias por diferentes maneras:

- Dirigidos desde su centro de salud, por mediación de su médico de atención primaria, por la zona de urgencias de atención primaria o por mediación del área de urgencias extra-hospitalarias o 112.
- Por iniciativa propia, es decir, por su propio pie, por mediación de algún familiar o por la ambulancia.

Cuando el enfermo accede al servicio de urgencias, debe dirigirse al mostrador de admisión, donde le realizarán el registro y le darán una pulsera identificativa con su nombre, apellidos y número de historial clínico.

Más tarde será valorado por el personal sanitario, es decir, por los médicos o por las enfermeras, estos graduarán la importancia de la patología del paciente, digamos que se orientarán para saber si es urgencia o emergencia.

Seguidamente, se le acompañará con un celador al lugar de atención que sea más adaptado a la patología que presente y con el nivel de prioridad que este enfermo necesite, esa área se llama sala de triaje.

El servicio de urgencias, tendrá unas cualidades u otras, dependiendo de la cantidad de atención que se vaya a ofrecer en ese centro de hospitalario.

El área de urgencias debe estar perfectamente localizado con los servicios de uci, quirófano, laboratorios..., ya que estos pertenecen a los servicios más complejos de todo centro hospitalario.

Se tiene que diferenciar perfectamente el área de asistencial y el área no asistencial.

La zona de triaje se localiza dentro de las urgencias y además posee un protocolo específico. Es la zona por la cual todos y cada uno de los pacientes deben de

pasar para ordenar, acoger y clasificar las patologías de los enfermos y darles la atención tan específica que necesitan.

La descripción de las diferentes labores que los celadores de urgencias deben de realizar en el día a día, en el servicio de urgencias:

- Serán los primeros en recibir a los pacientes, da igual que procedan de las ambulancias o procedan de los vehículos particulares.
- Organizarán y colocarán al paciente en la zona de admisión, siempre que la situación lo permita, en caso de que el paciente venga de manera urgente, lo trasladarán directamente a la sala de triaje o a la sala de rea, mientras el familiar se quedará en la zona de admisión dando los datos del enfermo.
- Transportarán a los enfermos en sillas de ruedas, camillas, camas o, en caso de que el enfermo pueda ir por su propio pie, el celador lo acompañará estando al lado.
- Localizarán al personal sanitario cuando sea imprescindible.
- Vigilarán las puertas de urgencias, y además deben de tener un gran número de sillas de ruedas y camillas, para lo que pueda suceder.
- Custodiarán los diferentes accesos al servicio de urgencias, permitiendo así solo la entrada a las personas autorizadas.
- Colaborarán con el personal sanitario en las labores que les sean encomendadas, así como la efectuación de las labores que sean mandadas por sus superiores.
- Dirán con rapidez las comunicaciones verbales que les hayan sido transferidas por sus superiores.
- Transportarán a los pacientes a los diferentes servicios como: quirófano, radiología... además de realizar los ingresos en las zonas de hospitalización.
- Trasladarán la documentación a los distintos laboratorios, banco de sangre, farmacia, zona de admisión... y tendrán que recoger los resultados, cuando estos estén listos.
- Se encargarán de que los familiares/acompañantes no circulen por los pasillos y por las habitaciones del servicio de urgencias.
- Vigilarán constantemente los pasillos para lograr el mayor orden y silencio en las salas de espera y en los espacios que sean comunes con los demás enfermos.
- Se contendrán a la hora de realizar comentarios con los familiares de los pacientes sobre pruebas, resultados, tratamientos, exploraciones...
- No comunicarán ninguna información sobre los pronósticos de las patologías que tenga el paciente, ya que este es el cometido del médico encargado de la asistencia al paciente.

5 Discusión-Conclusión

El celador es la primera persona que acoge a los enfermos en el Servicio de Urgencias y su capacidad y disposición es elemental para los enfermos que asisten a esta unidad.

En el área de urgencias es muy importante el trabajo de los celadores, ya que efectuarán diversas labores, siendo la principal conseguir dar el mayor apoyo posible al resto de personal sanitario, para lograr así que la atención a los enfermos sea de calidad y las actividades tengan una evolución óptima en el área de la forma lo más correcta plausible.

Por esta razón, el celador debe de ser atento ante lo que el resto del personal con el que trabaje necesite y ser consciente de lo que los pacientes y sus acompañantes le pidan.

6 Bibliografía

1. Tosco, D. (2021, enero 14). Essae Formación - ESSAE Formación. ESSAE Formación. <https://essaeformacion.com/>.
2. Unión de créditos inmobiliarios. (s/f). Uci.com. Recuperado el 18 de junio de 2023, de <https://uci.com/>.
3. World health organization (WHO). (s/f). Who.int. Recuperado el 25 de agosto de 2023, de <https://www.who.int/>.

Capítulo 565

AUXILIAR ADMINISTRATIVO ENCARGADO DE PROCESAR Y GESTIONAR FACTURAS RELACIONADAS CON SERVICIOS MÉDICOS

YAMILA MOHAMED MOHAMED

MARÍA DOLORES VARGAS MELLADO

MARILINI DELGADO MEJIA

LORENA DUARTE SÁNCHEZ

JORGE VARELA GUERRA

1 Introducción

En el dinámico y esencial campo de la administración de servicios médicos, la gestión precisa y eficiente de las facturas es un componente fundamental para garantizar la continuidad de la atención de salud de calidad. Como Auxiliar Administrativo encargado de procesar y gestionar las facturas relacionadas con servicios médicos, desempeñas un papel crítico en el mantenimiento de operaciones fluidas y en la colaboración efectiva entre proveedores de atención médica, pacientes y sistemas de facturación.

En esta posición, tu compromiso con la precisión, atención al detalle y comprensión del entorno médico serán pilares clave para asegurar que los servicios prestados se facturen adecuadamente y se registren de manera exacta en los sistemas financieros. Al interactuar con facturas, registros médicos y equipos administrativos, serás el enlace esencial que une el cuidado del paciente con el aspecto financiero de la atención médica.

Tu función abarcará desde la verificación inicial de datos en las facturas médicas, asegurando que se adhieran a las regulaciones y estándares, hasta la colaboración con compañías de seguros y departamentos de contabilidad para resolver cualquier discrepancia o problema. Además, tu capacidad para mantener la confidencialidad en el manejo de información médica sensible será un elemento fundamental de tu trabajo, en línea con las regulaciones de privacidad y seguridad de la información.

La atención médica es un entorno en constante evolución, donde las tecnologías y las regulaciones cambian con frecuencia. Como Auxiliar Administrativo, tendrás la oportunidad de desarrollar tus habilidades de resolución de problemas y adaptación rápida, ya que trabajarás en una variedad de situaciones y colaborarás con diversas partes interesadas, desde médicos y personal clínico hasta pacientes y aseguradoras.

En resumen, tu rol como Auxiliar Administrativo encargado de procesar y gestionar facturas relacionadas con servicios médicos es un eslabón crucial en la cadena de atención médica, donde tu dedicación a la precisión, la eficiencia y el cuidado serán fundamentales para el éxito continuo de la organización en la entrega de atención médica de calidad.

2 Objetivos

- Proporcionar una comprensión completa y precisa sobre las responsabilidades, funciones y relevancia del rol de Auxiliar Administrativo en el ámbito de la facturación de servicios médicos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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

Como Auxiliar Administrativo encargado de procesar y gestionar facturas relacionadas con servicios médicos, las responsabilidades principales involucrarían el manejo eficiente de la facturación y los registros financieros en un entorno médico. Aquí tienes una descripción de los posibles resultados de tus funciones:

1. **Procesamiento de Facturas Médicas:** Revisar y procesar facturas médicas de proveedores de servicios médicos, asegurándote de que cumplan con las políticas y regulaciones establecidas. Verificar la exactitud de la información, los códigos de procedimientos y diagnósticos, así como los datos de los pacientes.
2. **Registro y Seguimiento:** Ingresar los detalles de las facturas en el sistema de registro financiero de la institución médica. Mantener un registro preciso y actualizado de todas las transacciones relacionadas con las facturas médicas, incluidos los pagos recibidos y pendientes.
3. **Comunicación con Proveedores:** Colaborar con los proveedores de servicios médicos para resolver cualquier discrepancia o problema relacionado con las facturas. Esto podría involucrar la comunicación vía correo electrónico o teléfono para aclarar detalles y resolver disputas.
4. **Seguro y Reclamaciones:** Trabajar en estrecha colaboración con los equipos de seguros y reclamaciones para asegurarte de que las facturas sean presentadas correctamente a las compañías de seguros. Realizar seguimiento de las reclamaciones pendientes y resolver problemas para garantizar un flujo de ingresos constante.
5. **Cumplimiento Normativo:** Asegurarte de que todas las facturas y transacciones cumplan con las normativas de privacidad y seguridad de la información médica, como la Ley HIPAA (si aplica).
6. **Auditoría y Control Interno:** Participar en auditorías internas y externas relacionadas con las finanzas y la facturación. Proporcionar la documentación y la información necesarias para respaldar la integridad de los registros financieros.
7. **Capacitación y Actualización:** Mantenerte al tanto de los cambios en las regu-

laciones y códigos médicos para garantizar que las facturas se procesen correctamente. Proporcionar capacitación a nuevos empleados en cuanto a los procedimientos de facturación y registros.

8. Resolución de Problemas: Identificar y resolver problemas relacionados con la facturación, como facturas duplicadas, errores de codificación o problemas de rechazo de reclamaciones por parte de las aseguradoras.

9. Reportes y Análisis: Generar informes periódicos sobre el estado de las facturas pendientes, los ingresos generados y cualquier problema persistente. Analizar los datos para identificar tendencias y áreas de mejora.

10. Colaboración Interna: Trabajar en estrecha colaboración con otros departamentos, como el de atención al paciente y el financiero, para garantizar una comunicación fluida y una resolución eficiente de problemas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el rol de Auxiliar Administrativo encargado de procesar y gestionar facturas relacionadas con servicios médicos desempeña una función esencial en el funcionamiento efectivo de una institución médica. Al asegurar el procesamiento preciso de las facturas, el mantenimiento de registros financieros detallados y la colaboración con proveedores y equipos internos, este rol contribuye significativamente a mantener la integridad de las transacciones financieras y a garantizar el flujo de ingresos necesario para la continuidad de los servicios médicos. Además de su función central en la facturación, el auxiliar administrativo también se involucra en el cumplimiento de regulaciones y normativas médicas, la resolución de problemas y la generación de informes que respaldan la toma de decisiones informadas. En resumen, el desempeño exitoso de estas responsabilidades es esencial para el funcionamiento sin problemas de la administración financiera en el ámbito de la atención médica.

6 Bibliografía

- "Gestión Administrativa en Instituciones de Salud" de Juan Carlos Ramírez.
- "Administración de Hospitales" de Kurt Darr.
- "Gestión de Servicios de Salud" de Peter F. Li.
- "Manual de Facturación Médica" de Marilyn Fordney.
- "Fundamentals of Health Care Financial Management" de Steven Berger.

Capítulo 566

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE INFORMACIÓN DE CENTROS SANITARIOS PRIVADOS

JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ UTRILLA

MARIA DEL MAR PALENCIA RICO

BELÉN LOSA MARTÍNEZ

MARÍA ESTHER VAELLO PAÑOS

TERESA BLANCO ROMERO

1 Introducción

En el entorno complejo y dinámico de los centros sanitarios privados, el papel del Auxiliar Administrativo en el Servicio de Información adquiere una relevancia fundamental para garantizar un funcionamiento fluido y eficiente de estas instituciones de atención médica. Estos profesionales son la columna vertebral de la gestión administrativa y desempeñan un papel esencial en la coordinación de diversas actividades que permiten que el centro sanitario opere de manera organizada y eficaz.

Los Auxiliares Administrativos en el Servicio de Información son la cara visible en el proceso de interacción entre los pacientes, visitantes y el centro sanitario. Desde recibir y atender a los pacientes en la recepción hasta responder a consultas telefónicas y por correo electrónico, estos profesionales desempeñan un

papel fundamental en la creación de una experiencia positiva para los usuarios del centro. Su habilidad para mantener un trato amable y profesional, incluso en momentos de alta demanda o situaciones complicadas, contribuye significativamente a la impresión general que los pacientes se llevan del centro sanitario.

La labor administrativa de estos profesionales también se extiende a la gestión de la documentación y registros médicos. La precisión y meticulosidad con la que manejan estos registros son cruciales para garantizar la confidencialidad y la integridad de la información de los pacientes. Además, los Auxiliares Administrativos son responsables de coordinar las citas médicas y los horarios de los profesionales de la salud, asegurando que las agendas estén optimizadas y que los pacientes reciban la atención que necesitan de manera oportuna.

La importancia de los Auxiliares Administrativos en el Servicio de Información también se refleja en su capacidad para realizar tareas financieras básicas, como la facturación y el manejo de pagos. Su conocimiento de los procedimientos administrativos y de facturación es esencial para garantizar que los procesos financieros se desarrollen sin problemas y que tanto el centro sanitario como los pacientes estén al tanto de los aspectos económicos de los servicios médicos.

Resumiendo, los Auxiliares Administrativos en el Servicio de Información de Centros Sanitarios Privados desempeñan un papel multidimensional que abarca desde la atención al cliente y la gestión de registros, hasta la coordinación de citas y la supervisión de aspectos financieros básicos. Su habilidad para mantener la calma en situaciones desafiantes, su destreza en la comunicación y su capacidad para trabajar en equipo son fundamentales para mantener la eficiencia y la calidad en la atención médica brindada por los centros sanitarios privados. En última instancia, estos profesionales contribuyen en gran medida a la experiencia global de pacientes y visitantes, ayudando a consolidar la reputación y el éxito de la institución sanitaria en el competitivo mercado de la atención médica privada.

2 Objetivos

- Describir las funciones y responsabilidades del auxiliar administrativo en el servicio de información de centros sanitarios privados.
- Explorar y comunicar la importancia del rol del auxiliar administrativo en la eficiente operación de un centro sanitario privado.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y así como también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio y en buscadores de internet.

4 Resultados

Un auxiliar administrativo en el servicio de información de centros sanitarios privados desempeña un papel esencial en la gestión y organización de las tareas administrativas relacionadas con el funcionamiento de dichos centros. Algunas de las responsabilidades típicas de un auxiliar administrativo en este contexto pueden incluir:

1. Atención al público: Recepción de pacientes, visitantes y proveedores, proporcionando información sobre servicios, horarios y procedimientos.
2. Gestión de citas: Programación de citas para pacientes con médicos y otros profesionales de la salud, utilizando sistemas de programación electrónica o manuales.
3. Registro y archivo: Mantenimiento de registros de pacientes, historias clínicas y otra documentación relacionada, asegurando su adecuado almacenamiento y acceso.
4. Facturación y cobros: Preparación de facturas para pacientes y compañías de seguros, así como la gestión de pagos y cobros.
5. Gestión de documentos: Clasificación, archivo y organización de documentos médicos y administrativos para su fácil recuperación.
6. Comunicación interna: Coordinación con diferentes departamentos y personal médico para asegurar una fluidez en la información y el flujo de trabajo.
7. Manejo de llamadas y correos electrónicos: Recepción y respuesta a llamadas telefónicas y correos electrónicos, proporcionando información precisa y amable a los pacientes y otros interesados.
8. Trámites administrativos: Apoyo en la gestión de trámites administrativos, como la solicitud de autorizaciones de seguros, permisos y licencias.
9. Mantenimiento de suministros: Asegurarse de que los suministros de oficina y los materiales necesarios estén disponibles y en buen estado.
10. Colaboración con el equipo: Trabajar en equipo con otros auxiliares administrativos y personal médico para garantizar un funcionamiento eficiente y fluido

del centro.

Es muy importante tener en cuenta que las responsabilidades específicas pueden variar según el centro sanitario y las políticas internas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el rol desempeñado por los auxiliares administrativos en el ámbito del servicio de información de centros sanitarios privados es de vital importancia para el funcionamiento armónico y eficiente de estas instituciones. Su labor abarca una serie de responsabilidades que se extienden desde la primera impresión que se ofrece al público hasta la gestión detrás de escena que sostiene toda la operatividad del centro.

Estos profesionales son la cara visible al recibir a pacientes, visitantes y proveedores, proporcionándoles información precisa y esencial sobre los servicios disponibles, horarios de atención y los procedimientos administrativos necesarios. Su habilidad para manejar estas interacciones de manera cordial y profesional contribuye en gran medida a la percepción general que se tiene del centro sanitario.

Además, la gestión de citas es una función crucial en su labor. Programar y organizar las citas médicas, ya sea a través de sistemas electrónicos modernos o métodos más tradicionales, garantiza que tanto los médicos como los pacientes puedan optimizar su tiempo y recursos de manera eficiente. Esto requiere una excelente coordinación y seguimiento.

En el ámbito administrativo, el mantenimiento y organización de registros médicos y documentos es esencial para asegurar el acceso rápido y seguro a información relevante. La gestión adecuada de la facturación y los cobros también es una parte fundamental de su labor, ya que contribuye a la viabilidad económica del centro y a la satisfacción del paciente al recibir una atención transparente y adecuadamente documentada.

La comunicación interna, tanto con otros departamentos como con el personal médico, es otro componente esencial. La fluidez de la información entre áreas diferentes asegura que todos los aspectos operativos estén sincronizados y funcionando en armonía, lo que finalmente se traduce en una atención de calidad para los pacientes.

Los auxiliares administrativos también manejan la recepción de llamadas y correos electrónicos, ofreciendo información precisa y amable a quienes buscan asistencia. Su apoyo en trámites administrativos, como permisos y autorizaciones de seguros, es fundamental para mantener el cumplimiento normativo y la continuidad de la operación.

6 Bibliografía

Alcalá F. Funciones del Auxiliar Administrativo Sanitario [Internet]. Formación Alcalá. Disponible en: <https://www.formacionalcala.com/articulos/113/funciones-del-auxiliar-administrativo-sanitario>
OPOSITATEST R. ¿Qué hace un auxiliar administrativo en sanidad? Funciones [Internet]. Blog de oposiciones | OpositaTest. 2020. Disponible en: <https://blog.opositatest.com/auxiliar-administrativo-sanidad-funciones/>

Capítulo 567

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL MANEJO DE UN PACIENTE CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD

JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ UTRILLA

MARIA DEL MAR PALENCIA RICO

BELÉN LOSA MARTÍNEZ

MARÍA ESTHER VAELLO PAÑOS

TERESA BLANCO ROMERO

1 Introducción

En el ámbito de la salud mental, los trastornos de personalidad representan una categoría compleja y diversa de condiciones que afectan la forma en que las personas piensan, sienten y se relacionan con los demás. Estos trastornos pueden manifestarse en patrones persistentes de comportamiento, emociones y cogniciones que a menudo generan dificultades significativas en la vida diaria de quienes los padecen. Desde el trastorno límite de la personalidad hasta el trastorno antisocial de la personalidad, cada variante presenta desafíos únicos que requieren enfoques específicos en el manejo clínico.

En este contexto, el auxiliar administrativo emerge como un eslabón esencial en la cadena de atención de la salud mental, ya que su labor trasciende la mera

gestión de papeleo y citas. Al comprender la importancia de su función en la optimización de la atención al paciente, el auxiliar administrativo se convierte en el nexo entre el paciente, el equipo médico y los servicios de apoyo. Su destreza en la coordinación de citas, el seguimiento de registros médicos y la organización de información es fundamental para garantizar que la atención sea continua, bien documentada y adecuadamente adaptada a las necesidades individuales de cada paciente con trastorno de personalidad.

A lo largo de esta exploración, examinaremos de manera más detallada cómo el auxiliar administrativo desempeña un rol crucial en el establecimiento de una comunicación fluida entre el paciente y los profesionales de la salud mental, ayudando a fomentar la confianza y la colaboración en un proceso terapéutico que a menudo puede ser desafiante. Además, abordaremos cómo su participación activa en la administración de los aspectos logísticos permite a los clínicos centrarse en la prestación de servicios terapéuticos de alta calidad, mientras se aseguran de que los aspectos prácticos estén cuidadosamente atendidos.

2 Objetivos

- Destacar que el manejo efectivo de los trastornos de personalidad requiere un enfoque multidisciplinario en el que todos los miembros del equipo, incluidos los auxiliares administrativos, trabajen juntos para brindar un cuidado completo y holístico.
- Subrayar cómo el trabajo del auxiliar administrativo tiene un impacto directo en el bienestar emocional y mental de los pacientes al asegurarse de que reciban una atención continua, organizada y comprensiva.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 papel del auxiliar administrativo en el manejo de un paciente con trastorno de personalidad es importante para asegurar un entorno eficiente y seguro en la atención médica. Aunque el auxiliar administrativo no esté directamente involucrado en la terapia o el tratamiento del paciente, desempeña un papel crucial en la organización y coordinación de las actividades relacionadas con el paciente y su atención. Aquí tienes algunos aspectos clave sobre el papel del auxiliar administrativo en esta situación:

1. **Agendamiento y Coordinación de Citas:** El auxiliar administrativo es responsable de programar y coordinar las citas médicas del paciente con trastorno de personalidad. Esto puede incluir consultas con médicos, terapeutas y otros profesionales de la salud mental. Mantener una agenda ordenada y comunicarse eficazmente con el paciente y los proveedores de atención es esencial para evitar conflictos y retrasos.
2. **Confidencialidad y Manejo de Información:** Los pacientes con trastornos de personalidad pueden compartir información delicada y personal durante sus citas médicas. El auxiliar administrativo debe estar capacitado para manejar esta información de manera confidencial y cumplir con las regulaciones de privacidad de la información médica, como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés).
3. **Registro y Documentación:** El auxiliar administrativo suele ser el encargado de mantener registros precisos y actualizados de la información del paciente, como historias clínicas, datos demográficos y detalles de contacto. Esto ayuda a garantizar una atención continua y coherente, y facilita la comunicación entre los miembros del equipo médico.
4. **Facturación y Seguro Médico:** A menudo, el auxiliar administrativo se encarga de la facturación y la coordinación con las compañías de seguros médicos. Esto implica verificar la elegibilidad del paciente, presentar reclamaciones y resolver problemas relacionados con el seguro. Para pacientes con trastornos de personalidad, es importante ser sensible a sus necesidades y preocupaciones financieras.
5. **Comunicación Efectiva:** La comunicación clara y efectiva es esencial al tratar con pacientes con trastornos de personalidad. El auxiliar administrativo debe ser capaz de comunicarse de manera respetuosa y empática, reconociendo las posibles dificultades que el paciente pueda enfrentar en su interacción con el

sistema de atención médica.

6. Gestión de Emergencias: En situaciones de crisis o emergencias relacionadas con el paciente, el auxiliar administrativo podría tener un papel en la coordinación de la respuesta y la comunicación con el personal médico y las autoridades pertinentes.

7. Apoyo al Equipo Médico: El auxiliar administrativo puede ser el primer punto de contacto entre el paciente y el equipo médico. Brindar un ambiente acogedor y amable puede ayudar a reducir la ansiedad y el estrés del paciente durante sus visitas.

5 Discusión-Conclusión

El rol del auxiliar administrativo en el manejo de pacientes con trastorno de personalidad es de una importancia significativa en la organización y operación eficiente de la atención médica. Aunque su involucramiento no sea directo en el proceso terapéutico, su contribución resulta fundamental al establecer un puente esencial entre los pacientes y el equipo médico.

El auxiliar administrativo desempeña una función clave en la gestión del proceso de agendamiento y coordinación de citas. Al asegurarse de que las citas médicas se programen de manera efectiva, se evitan posibles retrasos y se mantiene el flujo constante de pacientes en la clínica u hospital. Esto es especialmente relevante en el caso de pacientes con trastornos de personalidad, ya que la estructura y la rutina pueden ser vitales para su comodidad y progreso.

La confidencialidad y el manejo adecuado de la información son otra área crucial en la que el auxiliar administrativo desempeña un papel esencial. Los pacientes con trastornos de personalidad pueden compartir información delicada y sensible durante sus citas médicas. Garantizar que esta información se maneje con la máxima privacidad y cumpliendo con las normativas de protección de datos médicos es de vital importancia para construir una relación de confianza entre el paciente y el equipo médico.

La labor de mantener registros precisos y actualizados es otro aspecto clave que realiza el auxiliar administrativo. La documentación precisa de la información del paciente, como historias clínicas y detalles de contacto, es esencial para asegurar una atención coherente y continua. Esta documentación bien mantenida facilita la colaboración entre los distintos profesionales de la salud que pueden estar

involucrados en el tratamiento del paciente.

Además, el auxiliar administrativo juega un papel significativo en la interacción diaria con los pacientes. La comunicación efectiva y empática es esencial al tratar con personas que enfrentan trastornos de personalidad. Al demostrar sensibilidad a las posibles dificultades de comunicación o ansiedades que puedan experimentar los pacientes, el auxiliar administrativo contribuye a crear un ambiente más seguro y cómodo.

En situaciones de emergencia o crisis, el auxiliar administrativo también puede ser un recurso crucial para coordinar la respuesta y asegurar la comunicación fluida entre el paciente y el equipo médico. La capacidad de mantener la calma y actuar de manera efectiva en momentos de tensión es fundamental para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente.

En resumen, el auxiliar administrativo desempeña un papel multifacético y esencial en el manejo de pacientes con trastorno de personalidad. Su contribución en la organización de citas, el manejo de información confidencial, el mantenimiento de registros, la comunicación y el apoyo general al paciente y al equipo médico se traduce en una atención médica más holística, eficiente y empática.

6 Bibliografía

Introducción a los trastornos de la personalidad—Trastornos de la salud mental. (s. f.). Manual MSD versión para público general. Recuperado 31 de marzo de 2023, de <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-de-la-personalidad/introducci%C3%B3n-a-los-trastornos-de-la-personalidad>

Trastorno de personalidad: Tipos y tratamiento menteAmente. (s. f.). Dr. David López – menteAmente, Psicoterapia y Psiquiatra Madrid. Recuperado 31 de marzo de 2023, de <https://www.menteamente.com/trastorno-de-personalidad>

Capítulo 568

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL INFORME DE ALTA Y OTRA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ UTRILLA

MARIA DEL MAR PALENCIA RICO

BELÉN LOSA MARTÍNEZ

MARÍA ESTHER VAELO PAÑOS

TERESA BLANCO ROMERO

1 Introducción

La colaboración multidisciplinaria se ha convertido en un pilar fundamental para garantizar la calidad y la eficiencia en la atención al paciente. En este contexto, el papel del Auxiliar Administrativo emerge como un elemento esencial en la gestión de la documentación clínica, desempeñando un rol estratégico en la elaboración de informes de alta y en la administración de diversos documentos médicos. Esta labor abarca desde asegurarse de que los datos sean registrados con precisión, hasta facilitar la coordinación fluida entre los equipos médicos y administrativos.

La presente exploración se adentrará en la función del Auxiliar Administrativo en el proceso de alta médica y en la gestión de otros documentos clínicos relevantes.

Se analizará detalladamente cómo su labor contribuye a la continuidad de la atención, a la correcta interpretación de los registros médicos y al funcionamiento general de una institución de salud. Además, se examinará la importancia de la comunicación efectiva entre el personal de atención médica y administrativo, ya que esta colaboración garantiza que los pacientes reciban una atención integral y que todos los aspectos administrativos estén en orden.

Dentro de las responsabilidades clave del Auxiliar Administrativo se encuentra la verificación y transcripción precisa de la información en los informes de alta y en otros documentos clínicos, lo que juega un papel vital en la prevención de errores y en la toma de decisiones médicas informadas. Asimismo, el manejo adecuado de los plazos y la organización meticulosa son esenciales para asegurar que los informes se generen y se entreguen oportunamente, lo que contribuye a una transición fluida del paciente desde la atención hospitalaria a otros niveles de cuidado.

En resumen, el trabajo del Auxiliar Administrativo en el ámbito clínico va más allá de las tareas puramente administrativas; se erige como un pilar central que sustenta la calidad y la eficiencia en la atención médica. A medida que nos adentramos en los aspectos más profundos de su labor en la elaboración de informes de alta y la gestión de documentos clínicos, se torna evidente que su contribución esencial impacta directamente en la satisfacción del paciente, en la integridad de los registros médicos y en la operatividad exitosa de las instituciones de salud en su conjunto.

2 Objetivos

- Destacar que el Auxiliar Administrativo desempeña un papel clave en la coordinación entre los equipos médicos y administrativos para asegurar una transición fluida del paciente desde la atención hospitalaria a otros niveles de cuidado.
- Describir las funciones del Auxiliar Administrativo en este ámbito.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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. Funciones del Auxiliar Administrativo en el Informe de Alta y Otra Documentación Clínica:

- Recepción y registro de informes de alta y otros documentos médicos.
- Verificación de la integridad y exactitud de la documentación.
- Clasificación y archivo de los informes según protocolos establecidos.
- Mantenimiento de bases de datos y registros electrónicos.
- Colaboración con el personal médico para asegurar la disponibilidad de la documentación necesaria.
- Gestión de la correspondencia y comunicación con pacientes y otros departamentos.

2. Colaboración con el Personal Médico:

- Trabajar en estrecha colaboración con médicos y enfermeras para garantizar la precisión de la información en los informes de alta.
- Asegurarse de que la información sobre el diagnóstico, tratamiento y medicación sea correcta y esté actualizada.
- Coordinación con el personal médico para recopilar y organizar los documentos necesarios para la documentación clínica.

3. Confidencialidad y Cumplimiento Normativo:

- Mantener la confidencialidad de la información médica y cumplir con los estándares de privacidad y protección de datos.
- Asegurarse de que la documentación se maneje de acuerdo con las regulaciones médicas y legales pertinentes.

4. Gestión de Expedientes Médicos:

- Organización y archivo adecuado de los expedientes médicos y otros documentos clínicos.
- Garantizar que los registros estén disponibles para su revisión y auditoría en el futuro.
- Facilitar la búsqueda y recuperación eficiente de información para el personal médico y administrativo.

5. Comunicación y Atención al Paciente:

- Brindar información y asistencia a los pacientes y sus familiares en relación con los informes de alta y otros documentos.
- Ayudar en la programación de citas de seguimiento y proporcionar información sobre el proceso de alta.

Recuerda que las responsabilidades del auxiliar administrativo en relación con la documentación clínica pueden variar según la institución médica y las políticas específicas. Es importante verificar la información con fuentes confiables o con el personal médico o administrativo de tu entorno para obtener detalles precisos y actualizados.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el desempeño del auxiliar administrativo en el ámbito de los informes de alta y la documentación clínica desempeña un papel de vital importancia para la operación eficiente y efectiva de las instituciones médicas. A través de sus diversas funciones y responsabilidades, este profesional contribuye de manera significativa a la calidad y flujo de la información médica, así como a la atención integral que se brinda a los pacientes.

El proceso de recepción y registro de informes de alta y otros documentos médicos se convierte en un primer punto crucial en el ciclo de administración de información médica. La verificación de la integridad y precisión de la documentación asegura que los datos cruciales estén correctos y completos, lo que a su vez influye en la toma de decisiones médicas posteriores. La clasificación y archivo adecuado de los informes de acuerdo con los protocolos establecidos facilita la recuperación rápida y eficiente de información en el futuro, optimizando la eficacia operativa de la institución.

La colaboración estrecha y efectiva con el personal médico es un pilar esencial en el rol del auxiliar administrativo. Trabajar conjuntamente con médicos y enfermeras garantiza que la información relacionada con diagnósticos, tratamientos y medicaciones sea precisa y esté actualizada. Además, la coordinación en la recopilación y organización de los documentos necesarios para la documentación clínica asegura que los expedientes médicos estén completos y sean accesibles cuando sea necesario, tanto para la atención continua de los pacientes como para auditorías y revisión.

La confidencialidad y el cumplimiento normativo son aspectos de suma impor-

tancia en el manejo de la documentación clínica. El auxiliar administrativo debe asegurarse de que toda la información sea tratada con el más alto nivel de privacidad y seguridad, siguiendo las regulaciones médicas y legales pertinentes. Este aspecto es esencial para mantener la confianza de los pacientes y garantizar la protección de sus datos sensibles.

La gestión adecuada de expedientes médicos contribuye a la integridad y continuidad de la atención médica. Al garantizar que los registros estén disponibles y organizados, el auxiliar administrativo permite que el personal médico tenga acceso a la información relevante en el momento adecuado. Además, la facilitación de la comunicación con pacientes y otros departamentos fortalece la colaboración interdisciplinaria y contribuye a una experiencia más fluida y satisfactoria para los pacientes.

6 Bibliografía

1. "Documentación Clínica y Archivo" de Antonio Bernal Vargas.
2. "Documentación Clínica en Atención Primaria" de José Luis Fernández Sánchez.
3. "Gestión Administrativa de Documentación Clínica" de José Antonio Carroquino.
4. "La Documentación en el Ámbito Sanitario" de Ana María Cabezas García y Francisco González Sánchez.
5. "Gestión Documental en la Empresa" de José Carlos Álvarez y Marta García.

Capítulo 569

LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y SUS FUNCIONES GENERALES EN LOS CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES

M ENGRACIA PEREZ IZQUIERDO

MARÍA PILAR VALVERDE RUBIO

TERESA JAREÑO ROMERA

1 Introducción

Dentro del sistema sanitario, las funciones de los auxiliares administrativos en el ámbito de la salud son imprescindibles y significativas, ya que se encargan de múltiples tareas como pueden ser la gestión de citas de los usuarios, trabajos asistenciales, recepción de llamadas, atención a pacientes y familiares, etc.

El Hospital es la estructura sanitaria encargada de la atención especializada, programada y urgente. Esta estructura se ocupa tanto del internamiento hospitalario como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de salud. En él se desarrollan, además de trabajos asistenciales, diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación y cuidados, funciones de promoción de salud, prevención de las enfermedades, investigación y docencia, así se complementan las actividades de la atención primaria.

El hospital y el centro de salud están compuestos por personal sanitario: médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, personal de gestión y servicios como administrativos, auxiliares administrativos, informáticos, etc.

Los Centros de Salud son la estructura física en la cual se despliega una atención primaria de salud coordinada de forma global, exhaustiva y continuada, desarrollada por el trabajo en equipo de los profesionales sanitarios y no sanitarios que ejercen en el mismo, entre ellos los auxiliares administrativos.

Hay que dar conocimiento de algunos riesgos que sufre el auxiliar administrativo en su puesto de trabajo en centros de salud y hospitales, como puede ser el denominado 'síndrome visión de computadora', se trata de un caso de fatiga visual, ya que es originado por el trabajo prolongado al frente de un ordenador durante muchas horas y cuyos síntomas más normales son vista cansada, dolor de cabeza, ojos irritados, visión borrosa y cambios en la percepción del color.

2 Objetivos

Conocer las funciones generales de los auxiliares administrativos en los centros de salud 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

Las tareas y funciones que realizan los auxiliares administrativos en los centros hospitalarios y centros de salud pueden parecer sencillas, sin embargo conllevan una serie de elementos como son la carga asistencial, el orden, la correcta gestión y el añadido de cometidos a los que hace frente, lo cual hace que su función sea indispensable y a la vez puede ser complicada.

El auxiliar administrativo en concordancia con las gestiones previas que realice el personal sanitario (médicos, enfermeras) debe desenvolver gestiones administrativas de diferentes cometidos: citas para radiografía (RX), tramitación de interconsultas, gestionar e intercambiar documentación entre centros, como hemos mencionado en los objetivos.

El perfecto funcionamiento de un hospital o centro de salud depende así mismo del trabajo del auxiliar administrativo, inmerso en un mundo de múltiples y variados trámites. Los auxiliares administrativos sanitarios tratan de poner en disposición y de forma correcta todas las gestiones para evitar inconvenientes con la documentación de los pacientes.

El auxiliar administrativo debe tener una serie de capacidades y competencias para que el trabajo que realiza sea lo más eficiente posible hacia el usuario.

Actualmente las competencias del auxiliar administrativo en sanidad se pueden ver en la Orden de 1984 que modifica el Estatuto de Personal no sanitario de instituciones Públicas de la Seguridad Social de 1971.

Los auxiliares administrativos tanto de los hospitales como los del centro de salud pueden padecer problemas de salud a causa de su trabajo, siendo muy habituales la fatiga visual, molestias musculares en la zona del cuello, todo ello debido al tiempo prolongado que están delante de las pantallas de ordenador. Para prevenir todo este tipo de problemas se debe aplicar lo estipulado en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, de acuerdo a las funciones a desarrollar en cada puesto de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

La categoría de auxiliar administrativo es una categoría tan importante e imprescindible como cualquier otra. Las tareas que realiza el auxiliar administrativo requieren de conocimientos teóricos y prácticos, formación continuada y reciclaje del puesto de trabajo, aunque el perfil también requiere otros conocimientos respecto a su titulación.

Como hemos citado anteriormente el auxiliar administrativo es una categoría que desarrolla diversas funciones, entre otras atender a los usuarios, facilitar información, ofrecer el trámite administrativo necesario para cada paciente o usuario de forma individual.

El trabajo que tiene un auxiliar administrativo tanto en hospitales como centros de salud es necesario y valioso para el adecuado funcionamiento de la organización pues, ellos son parte responsable de velar por la información y datos de los pacientes. Sin el trabajo de estos, las tareas que conlleva el proceso administrativo sería un desorden, conduciendo esto a un caos administrativo.

6 Bibliografía

1. [https://revistamedica.com/auxiliares-administrativos-trabajo-hospital/#::text=Los%20Auxiliares%20Administrativos%20desarrollan%20unas,tramitan%20los%20expedientes%2C%20gestionan%20las.2.
https://www.formacionalcala.com/articulos/113/funciones-del-auxiliar-administrativo-sanitario.](https://revistamedica.com/auxiliares-administrativos-trabajo-hospital/#::text=Los%20Auxiliares%20Administrativos%20desarrollan%20unas,tramitan%20los%20expedientes%2C%20gestionan%20las.2.https://www.formacionalcala.com/articulos/113/funciones-del-auxiliar-administrativo-sanitario.)
3. [https://sescam.mad.es/librostemarios/.](https://sescam.mad.es/librostemarios/)

Capítulo 570

ACTUACIONES DEL CELADOR EN EL USO DE LA GRÚA ANTE PACIENTES ENCAMADOS

MARÍA PILAR GOMEZ NAVARRO

RAMON QUINTANILLA OLMEDO

JUAN LUIS TOLEDO GOMEZ

BARBARO GONZALEZ MARTINEZ

LUIS MIGUEL CRUZ MARCHANTE

1 Introducción

En el centro hospitalario se cuenta con numerosos pacientes en las diferentes plantas, áreas y servicios, que son determinados en cada una de ellas dependiendo de las patologías y enfermedades que presenten.

Estos enfermos presentan una gran variedad en su estado físico, es decir, hay pacientes encamados totalmente que presentan incapacidad de movimiento, pacientes encamados que pueden colaborar, pacientes autónomos sin dificultad de movimiento, etc.

Para los pacientes encamados con dificultad total y nula, es decir, aquellos que por sus patologías son incapaces de realizar ningún movimiento y que, por tanto, la colaboración es cero, se precisa del uso de instrumento mecánico para la realización de colocaciones y movilizaciones.

Dicha grúa es atendida y usada por parte de los celadores de la planta donde se encuentren los pacientes, cuyo manejo requiere del conocimiento de uso de la misma.

En este sentido, en el desarrollo de este trabajo se van a conocer las actuaciones y el protocolo a seguir por parte del celador de la planta en el uso y manejo de la grúa ante pacientes encamados, lo cual requiere de una formación, puesto que se trata de un instrumento delicado tanto para el paciente como para el celador.

2 Objetivos

- Desarrollar el protocolo de actuación del celador en el uso de la grúa.
- Dar a conocer las tareas que lleva a cabo el celador en movilización y colocación de pacientes con el manejo de la grúa.

3 Metodología

En la realización de este trabajo se ha llevado a cabo 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, veracidad y fiabilidad a los contenidos y resultados expuestos en este trabajo.

4 Resultados

En el siguiente apartado se exponen las funciones de los celadores en el manejo de la grúa, así como el protocolo a seguir para la colocación y movilización de los pacientes encamados por parte del celador.

Cuando los pacientes de la planta de hospitalización presentan incapacidad en su movilización total o parcial, necesitan de instrumento sanitario para la realización de sus labores diarias por parte del personal sanitario y del celador.

En este caso, se habla de la grúa como el instrumento que va a ayudar al celador a realizar movilizaciones y colocaciones en los pacientes. Para ello, es necesario que el celador conozca a la perfección el manejo y el uso de la misma, con el fin de facilitar tanto el trabajo de auxiliares como el suyo propio.

El celador hace uso de la grúa cuando el paciente ha de ser colocado y movilizado para la realización de tareas de limpieza y aseo por parte de las auxiliares.

Además, el celador utiliza la grúa para levantar al sillón al paciente y, del mismo modo, para volver a acostarlo en la cama.

Para el uso de la grúa ante pacientes encamados, el celador debe:

- En primer lugar, acudir al almacén de la planta, donde se encuentra guardada y protegida la grúa.
- Posteriormente, desenchufa la grúa, que siempre debe permanecer cargada y llevarla hasta la habitación del paciente.
- La grúa tiene varias funciones: levantar, subir, apretar, abrir piernas, cerrar piernas, etc. Es importante que el celador conozca bien el funcionamiento y uso de cada uno de ellos.
- Cuando se va a realizar la aplicación de la grúa ante el paciente, debe ponerse antes de nada un traje de contención sobre el enfermo, es decir, unos anclajes que irán posteriormente sujetos a la grúa. Así, estas sujeciones se ponen por debajo del paciente, quedando los dos anclajes cruzados.
- Cuando el paciente tiene el traje puesto y los anclajes cruzados, el celador se dispone a meter las piernas de la grúa por debajo de la cama. A continuación, se conectan los anclajes a la grúa y el celador se dispone a sacar al paciente.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se constata la enorme importancia que representa el papel de los celadores en el uso y manejo de instrumental y mobiliario sanitario, como es el caso de la grúa.

El correcto conocimiento de su uso posibilita que se puedan desarrollar las tareas diarias de la planta de manera rápida y fluida, puesto que gracias al desempeño de su trabajo en el manejo de la grúa permite la movilización y colocación de los pacientes.

Por tanto, gracias a las funciones de los celadores y a su correcto manejo de la grúa se ofrece una sanidad de calidad para cada paciente, además de ser un apoyo en la colaboración y cooperación de tareas sanitarias para el personal que se encuentra trabajando con ellos.

6 Bibliografía

1. La grúa hospitalaria para el celador. Disponible en: <https://revistamedica.com>.
2. Movilización de pacientes con la grúa. Disponible en: <https://apuntesauxiliarenfermeria.blogspot.com>.

Capítulo 571

APORTACIONES DE LOS CELADORES DE PUERTA EN LA ENTRADA PRINCIPAL DEL HOSPITAL

MARÍA PILAR GOMEZ NAVARRO

RAMON QUINTANILLA OLMEDO

JUAN LUIS TOLEDO GOMEZ

BARBARO GONZALEZ MARTINEZ

LUIS MIGUEL CRUZ MARCHANTE

1 Introducción

En el centro hospitalario se encuentran varias vías de acceso para los pacientes enfermos que acuden al hospital. Estas son la puerta de urgencias, destinada como su propio nombre indica, para atender a necesidades y enfermedades espontáneas o aquellas que requieran de una rápida atención; y, por otro lado, se encuentra la puerta principal del hospital, accesible en todo momento, para pacientes de diversa índole: acompañantes, ingresos, realización de pruebas, seguimiento médico, entre otras muchas funciones.

De este modo, en la puerta principal del hospital se encuentra una figura muy representativa. Se habla del celador, que pertenece al personal de gestión y servicio y al profesional subalterno no sanitario.

Las funciones que desempeña el celador en la puerta principal del hospital son esenciales, puesto que gracias a su presencia colabora asistencialmente en la entrada y ayuda de todas las personas que acuden al hospital. En este sentido, se destaca el papel del celador de la puerta, ya que va a acompañar y guiar a todo paciente y acompañante que acuda a las dependencias.

Por tanto, durante el desarrollo de este trabajo, se van a desarrollar, conocer las funciones, tareas y objetivos que cumplen los celadores de la puerta principal del centro hospitalario, cuyo desempeño y trabajo repercute de manera directa en las organizaciones internas y funcionales de las áreas y servicios del hospital.

2 Objetivos

Desarrollar las funciones que llevan a cabo los celadores de la puerta principal del centro hospitalario.

Conocer las tareas del celador de puerta.

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 y 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 funciones que desempeñan los celadores en la puerta principal del centro hospitalario.

Los celadores de la puerta principal del centro hospitalario son la primera persona en recibir a los pacientes enfermos o acompañantes que pasan al hospital. En este sentido, el celador de la puerta se encuentra en las proximidades de la misma, al lado de un mostrador, donde siempre ha de estar disponible y visible para todo el mundo, ya que no dispone de un teléfono busca, tanto para el personal sanitario, como compañeros celadores y, sobre todo, para los pacientes.

Las personas que acuden al centro hospitalario lo hacen por diversos motivos: consultas, ingresos, visitas, entre otras muchas opciones. La tarea del celador es

indicar el destino y las ubicaciones de las dependencias y servicios que requieren, además de otras funciones determinantes.

De este modo, cuando la persona acude al centro hospitalario y viene con una consulta o a la realización de determinadas pruebas, estos deben pasar la tarjeta sanitaria o el volante de hospitalización por la máquina, que se encuentra justo al lado del mostrador donde está presente el celador de puerta. Así, cuando pasa el volante, sale un papel con la sala de espera y planta donde debe acudir. El celador proporciona información extra e indicaciones y direcciones de cómo acudir a dicha consulta.

Por otro lado, el celador de la puerta principal es el encargado de recibir el correo y la correspondencia, tanto interna como externa. En este sentido, cuando la empresa de transporte y reparto acude al hospital, entrega al celador de puerta las cartas certificadas correspondientes que, posteriormente, el celador entrega y reparte a sus destinatarios.

5 Discusión-Conclusión

Atendiendo a lo expuesto en el presente trabajo, se afirma la enorme importancia que presentan los celadores de puerta para el centro hospitalario, puesto que gracias a su participación y al cumplimiento de sus funciones y tareas, se consigue una correcta organización interna en todas las dependencias, áreas y servicios del centro hospitalario.

En este sentido, gracias al desarrollo de actuaciones en las indicaciones y apoyo asistencial del celador de puerta principal del hospital, se garantiza que cada paciente tome una sanidad de calidad y eficaz, procurando evitar esperas indeseadas, así como cualquier malestar por la pérdida que puede suponer encontrar las ubicaciones correctas del hospital, hecho donde el celador adquiere un gran conocimiento del mismo.

6 Bibliografía

1. Tipos de celadores. El celador de puerta. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. Celadores de puerta en el centro hospitalario. Disponible en: <https://congresosiscepa.com>
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
4. <https://medlineplus.gov/spanish/>.

Capítulo 572

TAREAS DEL CELADOR EN LOS BOXES DE URGENCIAS

MARÍA PILAR GOMEZ NAVARRO

RAMON QUINTANILLA OLMEDO

JUAN LUIS TOLEDO GOMEZ

BARBARO GONZALEZ MARTINEZ

LUIS MIGUEL CRUZ MARCHANTE

1 Introducción

Los pacientes que acuden a las urgencias hospitalarias lo hacen presentándose por la puerta principal. Allí, es recibido por el celador que, tras una serie de procesos y protocolos, deriva al paciente a uno de los servicios de urgencias.

En este sentido, los pacientes acuden a las urgencias para el tratamiento o la revisión de curas, para tratar de averiguar o apaciguar dolencias o malestares, así como accidentes de tráfico o enfermedades que han de ser tratadas en la mayor brevedad posible.

De este modo, las urgencias hospitalarias abarcan un gran espacio de elementos y acciones para tratar las enfermedades de los pacientes. Por ello, las urgencias hospitalarias están compuestas por una serie de servicios entre los que destacan: boxes, especialidades, observación y pediatría.

Todos estos servicios lo componen un gran número de personal sanitario y no sanitario, como es el caso de los celadores, cuyo papel es determinante en la

realización de funciones y tareas sobre los pacientes.

Por tanto, en el desarrollo de este trabajo se van a conocer y desarrollar las funciones, actuaciones y tareas desarrolladas por los celadores en el área de boxes de las urgencias hospitalarias.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones y tareas que lleva a cabo el celador en los boxes de urgencias.

3 Metodología

En la realización de este trabajo se ha llevado a cabo 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, veracidad y fiabilidad a los contenidos y resultados expuestos en este trabajo.

4 Resultados

A continuación, se exponen las funciones que llevan a cabo los celadores en el área de boxes de las urgencias hospitalarias.

Los pacientes derivados al área de boxes de las urgencias hospitalarias, en su mayoría, lo hacen en camilla, dada la elevada edad que presentan o por las patologías y enfermedades que tienen.

Así mismo, se puede encontrar un paciente, que acude a las urgencias, trasladado por la ambulancia. Aquí el enfermo viene en la camilla de la ambulancia y ha de ser trasladado de ella a la camilla del box. Para ello, el celador toma gran protagonismo, siendo él quien realice tareas de colaboración para hacer dicha acción. Por ello, el celador hace uso del "transfer" para mover al paciente.

Por otro lado, los pacientes de boxes de urgencias son tratados para la realización de pruebas, como es el caso de TAC, ecografías, radiografías, entre otras. Esto se encuentra en la cercanía de las urgencias. Aquí se pueden encontrar dos escenarios:

- El paciente es autónomo que colabora y puede andar, por lo que el celador únicamente acompaña e indica donde se encuentran los rayos.

- El paciente se encuentra encamado, por lo que el celador lleva la cama hasta la sala de rayos, coloca al paciente en la camilla correspondiente y, al finalizar la prueba, lo devuelve a su box. En esta tarea, el celador debe llevar consigo el volante de petición de radiografía.

Otra de las tareas que lleva a cabo el celador de boxes de urgencias es trasladar las muestras y analíticas al laboratorio para su análisis. Para ello, el celador toma la muestra en una batea o caja amarilla, evitando cualquier contacto con la misma. Además, debe ir acompañada del volante, cuyos datos, tanto del volante como de la muestra, deben coincidir.

5 Discusión-Conclusión

Atendiendo a lo expuesto en el presente trabajo, se destaca la participación y el papel que cumplen los celadores en los boxes de las urgencias hospitalarias, ya que con el desarrollo de sus funciones, tareas y actuaciones hace que se produzca un correcto funcionamiento interno del servicio.

De este modo, gracias al papel del celador y al cumplimiento de todas sus tareas se ofrece a todos los pacientes una sanidad de calidad y eficaz para cada uno de ellos.

Además, el celador es un pilar fundamental de colaboración y cooperación para todo el personal sanitario que trabaja de manera conjunta en los boxes de las urgencias.

6 Bibliografía

1. El celador en las urgencias hospitalarias. Disponible en: <https://revistamedica.com>.
2. El celador en los boxes. El celador de urgencias. Disponible en: <https://congresosiscepa.com>.

Capítulo 573

EL SERVICIO DE FARMACIA: FUNCIONES DEL CELADOR

RAFAEL FUERO HERNÁNDEZ

LETICIA HERNÁIZ BELTRÁN

MARÍA CELIBERTI RIBERA

1 Introducción

De acuerdo a la ley 29/2006 de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y otros productos sanitarios, aquellos hospitales con 100 o más camas deben contar con el servicio de farmacia hospitalaria; este servicio estará bajo la titularidad y responsabilidad de un farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria. Según el volumen, la actividad y el tipo de hospital se podrán establecer reglamentariamente la necesidad de farmacéuticos adicionales en farmacia hospitalaria.

Los hospitales con menos de 100 camas que no deseen establecer un servicio farmacéutico podrán solicitar a su Comunidad Autónoma una autorización para disponer de un depósito de medicamentos bajo el control y supervisión de un farmacéutico. Los requisitos, condiciones y normas de funcionamiento de dichos depósitos serán establecidos por la autoridad sanitaria competente.

El servicio de farmacia está compuesto por personal facultativo (jefe de sección, los adjuntos y los residentes) y personal no facultativo (que se divide en personal sanitario (supervisor, DUE y personal auxiliar de cuidados de enfermería y en farmacia) y personal no sanitario (administrativos, celadores, ...))

Entre las funciones del servicio de farmacia hospitalaria debemos destacar:

- Garantizar y asumir la responsabilidad técnica en los procedimientos de adquisición, calidad, correcta conservación, cobertura de las necesidades, custodia, preparación de fórmulas magistrales y dispensación de los medicamentos precisos para las actividades intra-hospitalarias y de aquellos otros, para tratamientos extra-hospitalarios, que requieran una específica vigilancia, supervisión y control.
- Estructurar un sistema de distribución de medicamentos que sea eficaz y seguro. Que posibilite una correcta administración, custodia y dispensación de los productos en fase de investigación clínica. Que se cumpla con la legislación específica sobre medicamentos de sustancias psicoactivas o de cualquier otro que requiera un control especial.
- Estructurar un servicio de información de medicamentos, un sistema de farmacovigilancia intra-hospitalario.
- Realizar trabajos de investigación y participar en ensayos clínicos con medicamentos.
- Llevar a cabo actividades educativas sobre cuestiones de su competencia.

2 Objetivos

- Describir las funciones del celador en el servicio de farmacia hospitalaria como miembro de un equipo profesional de diverso perfil y responsabilidades.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha 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

Son funciones del celador en el servicio de farmacia hospitalaria las siguientes:

- El celador tiene la responsabilidad de la recepción a su llegada los pedidos y se asegurará que sean correctos comprobando los albaranes. Los albaranes serán presentados al personal sanitario responsable, que serán los encargados de clasificarlos y colocarlos.

- La recepción de material (como las garrafas de alcohol, los botes de suero fisiológico, nutriciones específicas, etc.) y su acondicionamiento y colocación son responsabilidad del celador de farmacia.
- La movilización del material pesado en su transporte dentro del servicio de farmacia.
- Acondicionará el suero y el alcohol; así mismo procederá a la dispensación y distribución de los mismos a las diferentes unidades hospitalarias.
- Preparación del alcohol. Preparación del alcohol de 70 grados, vertiendo en un depósito el porcentaje de alcohol y de agua destilada en las adecuadas proporciones para el alcance de dicha graduación.
- El celador trasladará desde el servicio de farmacia hasta las distintas unidades del hospital los carros con la medicación (para el turno de tarde, noche o mañana según proceda); dejando el carro a cargo del personal de enfermería que tenga asignados a los pacientes. Los carros están normalmente provistos de cajetines numerados y cada uno de ellos se corresponde a un paciente, en el que se incluye la medicación específica para el mismo (esta tarea según el hospital puede realizarla el celador de farmacia o los celadores de las distintas unidades hospitalarias según la propia organización de la entidad sanitaria).
- Transportará diferentes productos específicos desde otras unidades del hospital hasta el servicio de farmacia.
- El celador debe realizar la labor de custodia y vigilancia del servicio de farmacia.
- El celador debe colaborar en la realización y mantenimiento del inventario de los materiales y medicamentos almacenados.

5 Discusión-Conclusión

El celador debe ser consciente de cuáles son sus funciones específicas dentro del servicio de farmacia, esta concreción permitirá la optimización y el buen funcionamiento del mismo, respondiendo a las necesidades específicas que le requiere a dicho servicio de farmacia el centro hospitalario.

La contribución es esencial, ya que sus responsabilidades en la recepción y catalogación de los pedidos de los diferentes materiales y medicamentos, así como el traslado de los carros con la medicación específica para cada uno de los enfermos a las diferentes plantas y unidades del hospital, y demás funciones contribuyen a un buen funcionamiento del servicio de farmacia.

6 Bibliografía

- 1.-Rodríguez Martínez C.. Farmacia hospitalaria-funciones del celador [En línea]. España: 2020. Revista Sanitaria de Investigación [fecha de acceso 15 de agosto de 2023]. URL disponible en <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-en-la-unidad-de-psiquiatria/>
- 2.- Martínez Vuelta M.P..Servicio de farmacia hospitalaria: funciones del celador. Revista Ocronos Vol.IV. nº 11-noviembre 2021. 245.
- 3.-Qué es la farmacia hospitalaria. Funciones del farmacéutico hospitalario. [En línea]. España: Kapital Inteligente .2019. [fecha de acceso 14 de agosto de 2023]. URL disponible en <https://www.kapitalinteligente.es/que-es-la-farmacia-hospitalaria/>
- 4.-Roces Chicano M.O., Alonso Ordoñez M.I.Farmacia hospitalaria: funciones del celador en la Unidad de Farmacia. [En línea]. España 2023: En III Congreso Virtual SICEPA-USIPA 2022: Sanidad, un trabajo en equipo. [fecha de acceso 11 de agosto de 2023]. URL disponible en <https://congresosicepa.com/farmacia-hospitalaria-celador/>.
- 5.-El Malquioui Ouhamed Y., Andujar Avi6n F.,Ahmed Mohamed A.. Funciones que realiza el celador/a en la Farmacia hospitalaria. [En línea]. España: 2022. Revista Sanitaria de Investigación [fecha de acceso 18 de agosto de 2023]. URL disponible en <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-que-realiza-el-celador-a-en-la-farmacia-hospitalaria/>
- 6.-Fayos Monz6n E.. An6lisis de la actuaci6n del celador en el servicio de farmacia hospitalaria-Aspectos generales descritos en la literatura cient6fica actual . Revista Ocronos Vol. IV nº 7-Julio 2021.50.
- 7.-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)
- 8.-Presno Rodr6guez M., Garcia Iglesias O., Presno Rodr6guez J.L., Presno Rodr6guez M.L, Presno Granda A, Men6ndez Garc6a M. J.. Funciones del celador en farmacia. Revista Ocronos Vol. IV nº 5-Mayo 2021.236.
- 9.-Ribas Sala J., Codina Jan6 C.. Farmacia Hospitalaria. Planificaci6n y organizaci6n de un Servicio de Farmacia. 1a Edici6n. Madrid: EMISA; 1992

Capítulo 574

ACTUACIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA DE MATERNIDAD

MARÍA CELIBERTI RIBERA

LETICIA HERNÁIZ BELTRÁN

RAFAEL FUERO HERNÁNDEZ

1 Introducción

El área Materno Infantil de un hospital pretende dar respuesta a diferentes situaciones clínicas que afectan a la madre gestante, al nacimiento de los bebés, y a cualquier paciente con necesidades de atención sanitaria desde el nacimiento hasta la etapa adolescente.

En el área Materno Infantil de un hospital suelen existir las siguientes unidades de atención:

- Atención al parto, dando respuesta a las necesidades del nacimiento del hijo o la hija, procurando velar por el bienestar de ambos.
- Hospitalización materno-infantil.
- Unidad de neonatología: destinada a la atención específica de los bebés nacidos de forma prematura, bebés con bajo peso al nacer. Y bebés a término con distintas problemáticas de tipo médico o quirúrgico.
- Hospitalización pediátrica, con el objetivo de la atención médica de niños/as y adolescentes hasta los 18 años.

En el área materno infantil trabajan diversos profesionales médicos: obstretas y ginecólogos, médicos pediatras, personal de enfermería, enfermeras comadronas y doulas, médicos de familia, anestesistas, etc. Personal sanitario no facultativo:

como los auxiliares de enfermería. Así como profesionales de administración y servicios: administrativos, auxiliares administrativos, y celadores.

El celador como miembro del equipo de profesionales que atienden el área materno-infantil debe conocer cuáles son las funciones específicas y diferenciadas, etc. y realizarlas en coordinación que el resto de profesionales que realizan su labor en dicha planta.

2 Objetivos

- Delimitar las funciones y actuaciones del celador en la unidad materno-infantil de un hospital.
- Diferenciar las funciones del celador en la unidad materno-infantil de las funciones de otros profesionales sanitarios y no sanitarios que atienden tal 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 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

Son funciones del celador en la unidad materno-infantil de un hospital, las siguientes: a.-Recibir a los pacientes:

- Recibir a los pacientes, valorando si necesita o no ayuda en silla o cama; y proporcionando esa ayuda en su caso.
- Indicarle que debe informar sus datos de forma adecuado al servicio de admisión.
- Avisar en enfermería de su llegada, entrando, en su caso la hoja de admisión.
- Ayudar en el ingreso de las pacientes en el área de hospitalización. b.-Cuidar el orden de las instalaciones:
- Mantener el buen uso y el orden de las instalaciones.
- Revisar y mantener en adecuado estado el material de la unidad (camas, carros, porta sueros, etc., procurando que todo esté ordenado. c.-Ayudar en el aseo y movilidad de los pacientes, colaborando con el sanitario en los procesos de aseo,

en los cambios posturales, en acostar y levantar a los pacientes. d.-Trasladar a los pacientes:

- El traslado de los pacientes a las distintas consultas: consulta de ecografías, consulta de anestesia, etc.
- El traslado a las pacientes a las salas de parto y/o a los quirófanos. El traslado suele realizarse normalmente en la cama de la paciente, llevado su historial clínico.
- El traslado de los niños con su historia a la unidad neonatal o a consulta.
- El traslado de las madres a la realización de alguna prueba, a la unidad para la lactancia, etc.
- El traslado a los pacientes a la unidad de preoperatorio.
- El traslado de los pacientes desde el preoperatorio a quirófano para la realización de las intervenciones pendientes.
- El traslado a los pacientes de alta que lo necesiten en cama o en silla de ruedas.
- e.-El celador será el encargado del transporte de analíticas y documentos:
- El transporte de analíticas (muestras de orina, sangre, heces, etc.) al laboratorio.
- El transporte de muestras al servicio de anatomía patológica.
- El traslado de las historias al control y/o a los archivos.
- Llevar recetas y retirar medicamentos urgentes en el servicio de farmacia.
- Traslado de las ecografías de servicio a servicio. f.-El traslado del material y utensilios necesarios en el servicio.

5 Discusión-Conclusión

El celador como profesional realiza una labor relevante, está presente en los procesos asistenciales y en las diferentes áreas clínicas de los centros sanitarios, es un referente en la atención de los enfermos y de sus familiares.

Las actuaciones del celador en el área materno-infantil de un centro hospitalario es primordial, procura la seguridad y el bienestar de sus pacientes, ayuda y da asistencia al moverse por la planta a los enfermos, y es el responsable del traslado de los pacientes; así mismo es el encargado del traslado de los documentos, de la distribución de los medicamentos, así como el traslado de las muestras médicas realizadas entre los diferentes servicios.

El celador, en todo momento, debe procurar dar respuesta a las necesidades de los pacientes, procurando contribuir al cuidado de la salud y procurando dar con

su acción profesional, apoyo emocional, seguridad y orientación a los enfermos y sus familiares.

6 Bibliografía

- 1.-Valdés Blanco M., Montenegro Urbaneja, P..El celador y la paciente embarazada. Revista Ocronos Vol. IV nº 3-Marzo 2021. 137.
- 2.-Actuación del celador en la unidad de maternidad [En línea]. España: Fisioterapia- Salud-Bienestar ; . [fecha de acceso 30 de agosto de 2023]. URL disponible en <https://fisiostar.com/celador/funciones-del-celador-en-maternidad>
- 3.-Boutanaach Abdelkader Y., Rey Guevara G., Guevara Sánchez M., Benitez Soler R., Mimoun Mohame s., Ardouz Boutanaach S.,...El celador en la planta de maternidad. Revista Ocronos Vol. VI nº 3-Marzo 2023. 171.
- 4.-Roces Chicano M., Alonso Ordoñez M.. Funciones del celador en las plantas de hospitalización.[En línea]. España: 2021. II Congreso Virtual SICEPA – USIPA-Sanidad, un trabajo en equipo. [fecha de acceso 23 de agosto de 2023]. URL disponible en <https://congresosicepa.com/plantas-hospitalizacion/>
- 5.-Belaid Abdel-Lah K., Hamed Embark N., Mohamed Hamed A., Mohamed Mohand R., Benitez Soler R., Ajnaoui El Bouazzati M., El Hammouti Raiss S.. La actuación del celador en intervenciones de cesarea. Revista Ocronos Vol. V nº 12-Diciembre 2022. 485.

Capítulo 575

EL CELADOR Y LOS TRASLADOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES

FERNANDO LIZANO FERNANDEZ

MIGUEL ANGEL VELA SANTOS

MARIA DEL CARMEN VILLANUEVA LOPEZ

ALBERTO CARLOS MOLINA ORTEGA

MARIO PALOMARES JIMENEZ

1 Introducción

En todos los procesos asistenciales que recibe el paciente se generan una serie de documentos, resultados, informes, radiografías, etc. Un proceso asistencial se refiere a cada una de las veces que el paciente acude o demanda un servicio sanitario, es decir, cada vez que va al médico.

En cada uno de estos episodios, ya se ha mencionado anteriormente, se crean una gran cantidad de referencias sobre el paciente, sobre su salud, sobre las pruebas diagnósticas que se le practican, sobre los análisis realizados, etc., y toda esta información, además de quedar reflejada de modo informático, se plasma en soporte físico, es decir, en este caso, en papel, en CD, etc.

Cada uno de estos informes documentales que expresan alguna situación del enfermo o paciente, o que resuelven alguna duda sobre su salud, debe estar recogido

conjuntamente en algún tipo de soporte, en el caso que se desarrolla en este trabajo, en papel físico, es decir en la historia clínica del paciente.

Una historia clínica es un espacio físico, un sobre, un archivador, donde se introducen cada uno de los informes, documentos, dossier, que genera el paciente durante toda su vida cuando necesita de la asistencia sanitaria.

Y estas historias, por ende, son manipuladas, archivadas, trasladadas, consultadas, diariamente, por los distintos especialistas que atienden al enfermo que desean ampliar su conocimiento del estado de salud, mental, físico del mismo.

2 Objetivos

- Conocer qué es una historia clínica de un paciente.
- Describir el manejo y traslado que el celador realiza con las historias clínicas de los pacientes.

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

En el transcurso de la jornada que realiza un celador en un centro hospitalario, y dependiendo del servicio donde se encuentre destinado, tendrá que trasladar multitud de aparatos, analíticas, informes, volantes, pacientes y también las historias clínicas, cuando las circunstancias y la solicitud les sean demandadas.

En el centro hospitalario la función del traslado de las historias clínicas de los pacientes, es función, del celador destinado en los archivos hospitalarios, su destino en este servicio implica, ciertamente, esta función, tanto para la puesta en marcha de las diferentes consultas, como para las pruebas diagnósticas, y en casos extraordinarios, cuando se solicite urgentemente una historia clínica en algunos de los servicios o unidades hospitalarias.

Pero también existen otros celadores destinados en otras unidades que también contemplan esta función, en casos extraordinarios, del mismo modo. El celador destinado en cualquier de las ucis hospitalarias, en caso, de urgente necesidad, y siguiendo siempre las instrucciones del personal sanitario, acudirá al servicio de archivos hospitalarios a recoger la historia que previamente desde el servicio se ha solicitado, devolviéndola al archivo, una vez finalizada la consulta por parte de los especialistas.

Los celadores de las unidades hospitalarias, se encuentran del mismo modo, en la obligación de recoger las historias que les sean demandadas por el servicio, siempre siguiendo las indicaciones del personal sanitario, y de su consiguiente devolución, una vez concluido el fin por la que se recogió.

En las urgencias hospitalarias, en momentos de atención a pacientes inconscientes o semiinconscientes, se necesita, más información sanitaria de los mismos, y el celador de especialidades, de boxes o de observación se dirigirán al archivo para recoger la historia demandada.

En los casos en que en alguna consulta, el especialista en cuestión, desee consultar algún informe del paciente, será el celador de consultas, el encargado de recoger la historia del paciente que previamente se ha solicitado al archivo.

5 Discusión-Conclusión

En el capítulo que se ha desarrollado se ha puesto de manifiesto, que no sólo es, el celador destinado en el archivo del hospital, el único que traslada y maneja las historias clínicas, sino, que por el contrario, y en casos excepciones y de urgente necesidad, son del mismo modo, también los celadores de otras unidades hospitalarias quienes trasladan las historias demandadas.

Este contexto pone de manifiesto, que en muchas ocasiones no se tiene en cuenta, que todo el equipo de personal, ya sea subalterno, sanitario o de cualquier otra categoría, forman un equipo único, y las funciones, dentro de sus limitaciones, están destinados a todos, por una buena calidad y atención al paciente y por la buena y correcta marcha del centro hospitalario.

6 Bibliografía

1. El traslado de documentos y objetos. Disponible en: <https://celadoresonline.blogspot.com>
2. Utilidades de la historia clínica por parte de celadores y administrativos. Disponible en: <https://revistamedica.com>

3. El traslado de documentos y objetos. Disponible en: <https://www.cgtsanidadlpa.org>

Capítulo 576

EL TRABAJO DEL CELADOR EN EL ANIMALARIO Y CIRUGÍA EXPERIMENTAL

FERNANDO LIZANO FERNANDEZ

MIGUEL ANGEL VELA SANTOS

MARIA DEL CARMEN VILLANUEVA LOPEZ

ALBERTO CARLOS MOLINA ORTEGA

MARIO PALOMARES JIMENEZ

1 Introducción

El servicio de animalario y cirugía experimental no existe en todos los centros sanitarios, solo, en aquellos que tienen la nomenclatura de hospitales universitarios. Es una zona o servicio, donde la cría y el mantenimiento de los animales de experimentación se desarrollan, con fines de cirugía experimental, en pro, de los avances técnicos y clínicos que puedan obtenerse para la salud humana.

En el servicio se encuentran animales, como, ratas, ratones, cerdos, cobayas, los cuales serán objeto de los consiguientes procesos de investigación y quirúrgicos experimentales que se crean conveniente, siendo con el beneplácito del Comité ético y de buenas prácticas y bienestar animal.

En el servicio de animalario existen muchas subdivisiones, por lo tanto, se necesita una zona de grandes dimensiones, ya que, desde la zona de crías y madres,

hasta la zona de alevines y ya adultos, así, como, la zona de hembras y de machos. Estas zonas están vigiladas por un circuito cerrado de televisión, para controlar y poder observar en todo momento a los animales.

En el servicio de animalario se encuentra un gran equipo de profesionales multidisciplinar, desde los investigadores, enfermeras, veterinarios y por supuesto, celadores, que son los encargados del mantenimiento integral de los animales objetos de la experimentación.

2 Objetivos

- Describir la funcionalidad y estructura zonal del animalario y cirugía experimental.
- Conocer las labores que desempeña el celador destinado en el animalario y cirugía experimental.

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

El celador del animalario y cirugía experimental, nombrado también simplemente como cuidador, es el encargado de todo el mantenimiento de los animales existentes, desde la limpieza de jaulas, preparación y reposición de comida, extracción de los ejemplares sujetos a experimentación, reposición de especies, etc. El celador del animalario y cirugía experimental, limpia todas las jaulas de las zonas de madres y machos, con sumo cuidado, cuando abre jaulas o espacios donde se encuentran los animales. Estas jaulas cuentan con un anexo, donde, el celador procurará que los animales se introduzcan mientras dura la limpieza, que consiste en la recogida del serrín o paja, ya usado y utilizado, envasado en bolsas que luego serán depositadas en contenedores especiales para su retirada por la empresa externa concesionaria de la retirada, para pasar luego con la manguera

de agua y cepillo, y una solución antiséptica y antibacteriana, de limpiar el suelo a presión, para levantar y arrastrar todo tipo de sustancia y ácaros que pudiera haber. Tras la reposición de las camas de los animales, el celador, repone los comederos y bebederos, limpiando aquellos que se encuentren en un estado de suciedad perceptible, usando el mismo componente que para el suelo de las jaulas. En la zona de las crías con las madres, es más sensible, esta limpieza y desinfección, teniendo especial cuidado el celador en la misma, puesto que las madres con las crías están más alteradas y cuidadoras. Si es posible en esta zona, el celador, recuenta el número de crías del día anterior, por si la madre hubiese perdido o comido alguna de las crías, puesto que estas madres, son excluidas para procrear y son las primeras en llevar a la sala de experimentación.

Otra de las labores del celador del animalario, consiste en la extracción de sus jaulas de los animales destinados a la experimentación. El investigador demanda al celador, el tipo de ejemplar, la jaula que ocupa, la sala donde debe entregarlo.

5 Discusión-Conclusión

La labor del celador del animalario y cirugía experimental tiene que ser un puesto destinado a un profesional que sienta verdadera pasión por los animales y sus cuidados, dejando a un lado, el tema sentimental, cuando se utilizan en experimentos y cirugías experimentales, ya que un porcentaje muy elevado de los mismos fallecen diariamente.

Es un trabajo que requiere un verdadero esfuerzo que no tiene descanso en el turno de trabajo, siendo, los turnos rotatorios, de mañana, tarde y noche.

Los animales deben estar continuamente cuidados, aseas y alimentados si se desea obtener resultados en pro de encontrar soluciones positivas para las enfermedades que aqueja al ser humano.

6 Bibliografía

1. El animalario. Funciones del celador. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. Las funciones del celador dentro del ámbito del animalario. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com>
3. Animalario y cirugía experimental. Disponible en: <https://hnparaplejicos.sanidad.castillalamancha.es>

Capítulo 577

FUNCIONES DEL CELADOR DESTINADO EN LAS PRUEBAS DE AVASTINES

FERNANDO LIZANO FERNANDEZ

MIGUEL ANGEL VELA SANTOS

MARIA DEL CARMEN VILLANUEVA LOPEZ

ALBERTO CARLOS MOLINA ORTEGA

MARIO PALOMARES JIMENEZ

1 Introducción

En el centro hospitalario se encuentra destinado un área que se dedica especialmente a las operaciones y tratamiento de cuidado de ojos. Esta área se denomina avastines.

Cuando los pacientes presentan dificultades en la visión y esta ha de ser operada, pasa por un proceso médico de consultas en el departamento de oftalmología. Una vez que termina este proceso de consulta, los doctores derivan a los pacientes a la inyección de uno o dos ojos a los avastines.

Los avastines se encuentran formados por un personal médico, una enfermera, TCAE y la figura del celador. El trabajo cooperativo de todos ellos hace que el servicio se desarrolle con normalidad y rapidez.

De este modo, se debe llevar a cabo un proceso con cada uno de los pacientes que acuden a los avastines, ya que se trata de un pequeño quirófano cuya protección es esencial, teniendo presente todos los elementos que componen dicho quirófano.

Por tanto, en el presente trabajo, se van a desarrollar y conocer las tareas que cumplen los celadores en los avastines, conociendo así el protocolo de actuación y a seguir que el celador pone en marcha con cada uno de los pacientes antes, durante y después de pasar al quirófano.

2 Objetivos

- Desarrollar el protocolo de actuación que sigue el celador con el paciente en los avastines.
- Conocer las funciones del celador en el quirófano de ojos.

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 del celador en el quirófano de ojos, así como el protocolo de actuación que lleva el celador con el paciente desde su llegada hasta la salida.

Antes del comienzo del día, el celador de los avastines debe acudir al servicio de farmacia para recoger la medicación que va a ser programada en cada uno de los pacientes durante el día.

Los pacientes que acuden a los avastines son citados en un horario en concreto, evitando así cualquier aglomeración de pacientes dentro de la pequeña sala del antequirófano. En este sentido, los pacientes esperan fuera en el pasillo a ser llamados por el celador.

El celador coge su lista de pacientes que van a acudir durante el día y comienza a llamar a cada uno de ellos. Posteriormente, debe anotar el número de entrada de cada paciente, es decir, ordenarlos para que el equipo sanitario, TCAE, enfermeras y doctores lleven un control sobre cada paciente, dado que cada uno de ellos se pincha en un ojo y requiere de una medicación diferente.

Posteriormente, el celador coge una pequeña bata, guantes, gorro y calzas desechables que tiene preparado en un pequeño armario, y se lo coloca a cada uno de los pacientes, puesto que van a entrar a una sala de quirófano y toda protección es fundamental, dado que existen campos estériles.

Cuando es el turno del paciente, el celador acompaña al paciente hasta la camilla del quirófano y lo coloca. Además, le coloca el pulsímetro y el tensiómetro, para que el equipo médico tenga en cuenta las constantes del paciente.

Finalmente, cuando el paciente ha terminado de su pequeña operación de inyección en los ojos, el celador le quita la bata y le entrega la medicación correspondiente.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, se afirma la importancia de los celadores en el centro hospitalario, y en concreto, el papel que desempeña el celador dentro de los avastines o quirófano de ojos, ya que toda la preparación que conlleva el paciente es realizada por el celador, puesto que sin dicha preparación el paciente no puede ser pasado a la cama de quirófano.

Por otro lado, gracias a la participación del celador, se permite lograr un correcto funcionamiento interno del servicio, siendo un gran pilar de ayuda y colaboración con el personal sanitario, ayuda que va desde la preparación del paciente y la recogida del bevacizumab en la farmacia hospitalaria.

6 Bibliografía

1. El celador de quirófano. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. El celador en la atención de pacientes. Disponible en :<https://formacurae.es>

Capítulo 578

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA: SU PAPEL FUNDAMENTAL

ELENA ROMERO ROMERO

MARÍA ISABEL CABAÑAS MORENO

MIRIAM CABAÑAS MORENO

CRISTINA REDRUEJO MORA

LUNA BELÉN BAUTISTA CUMBRES

1 Introducción

La atención primaria es el primer eslabón en la entrada al sistema sanitario, su importancia radica en la prevención, diagnóstico, tratamiento y en la atención integral de las necesidades de los usuarios. En este contexto, los auxiliares administrativos son la primera cara que el paciente encuentra al ingresar a un centro de salud, estos ofrecen una atención personalizada, sus cometidos son la gestión de citas, manejo de historias clínicas, entre otros.

El incremento en la demanda de servicios de atención médica, que supera con creces la capacidad disponible, ha generado una situación de saturación en nuestros centros de atención primaria. Esta sobrecarga es una consecuencia directa de política de accesibilidad al cuidado médico.

La escasez de auxiliares administrativos contratados para hacer frente a esta creciente demanda impulsa la necesidad de explorar nuevas estrategias para afrontar esta situación. Desde las direcciones de los centros sanitarios se ofrece diversas propuestas especializadas como la colaboración de otros profesionales de la salud y modificaciones en la gestión de agendas médicas para optimizar los recursos disponibles. También se ha implementado el apoyo de profesionales sanitarios como enfermeras para abordar tareas administrativas para así poder quitar carga a los médicos, quedándose estos más liberados y que puedan ofrecer una atención individualizada del paciente.

2 Objetivos

Evaluar la efectividad y eficiencia de la gestión administrativa realizada por los técnicos auxiliares administrativos en centros de atención primaria.

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"; "primary care"; "quality of care" y "satisfaction" durante la búsqueda. Después de completar esta búsqueda, se incluyeron investigaciones clínicas y revisiones recientes publicadas en la literatura.

4 Resultados

En los últimos cinco años, se ha observado un aumento del 20% en la carga de trabajo de los auxiliares administrativos en atención primaria, según estudios recientes. García et al. (2021) llevaron a cabo una investigación que resaltó la importancia de la amabilidad y la eficiencia de estos profesionales en los centros de salud para la satisfacción de los pacientes. Tras encuestar a usuarios atención de primaria, se encontró que el 90% de ellos informó que una buena relación con los auxiliares administrativos mejoró su experiencia.

Uno de los factores clave que contribuyen a una atención más eficiente y satisfactoria es la formación de los auxiliares administrativos en el uso de tecnologías. Esta capacitación ha demostrado reducir los errores en la documentación clínica

en un 60% y mejorar la gestión de citas. Se estima que los auxiliares administrativos dedican aproximadamente el 30% de su jornada laboral a la gestión de citas, lo que indica la importancia de su papel en la organización y funcionamiento de los centros de atención primaria.

El estudio realizado a cabo por Monsalve en el año 2014 aporta datos reveladores sobre la eficiencia y la satisfacción en el ámbito de la atención administrativa a través de comunicaciones telefónicas en el contexto de la atención médica:

En primer lugar, es importante destacar que el 63,3% de los auxiliares administrativos lograron establecer un contacto exitoso con los pacientes a través de llamadas telefónicas destinadas a gestionar cuestiones administrativas relacionadas con su atención médica. Este porcentaje demuestra la efectividad de este medio de comunicación en la gestión administrativa de la atención sanitaria, ya que aproximadamente dos tercios de los intentos de contacto resultaron satisfactorios. Esto subraya la importancia de la comunicación fluida y eficaz en el entorno médico para asegurar un proceso administrativo eficiente.

En segundo lugar, los pacientes brindaron una calificación de 9.4 sobre 10 a la atención que recibieron. Esto refleja el alto nivel de satisfacción por parte de los pacientes en lo que respecta a la calidad de la atención administrativa que experimentaron. Una calificación tan positiva indica que los pacientes percibieron la atención como atenta, competente y orientada a sus necesidades, lo que puede tener un impacto positivo en su experiencia general en el sistema de salud y en su confianza en el proceso administrativo.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario el abordaje y la implementación de más puesto auxiliares administrativos, pues estos son el eslabón principal para poder llevar una atención primaria de forma integral y colaborativa. La atención primaria necesita una reevaluación de las políticas de acceso para así poder tener garantía de que cada paciente que acuda a los centros de salud pueda ser atendido de forma individualizada y efectiva. El fortalecimiento de los puestos de trabajo de los auxiliares administrativos, así como la reforma en las políticas de salud son pasos cruciales para abordar la saturación de los servicios de atención médica y garantizar la calidad de la atención primaria en beneficio de la sociedad.

6 Bibliografía

1. García, M., Rodríguez, L., & Pérez, J. (2021). Satisfacción del paciente y papel de los auxiliares administrativos en atención primaria. *Revista Internacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica*, 34(3), 289-301.
2. Smith, A., Johnson, B. y White, C. (2019). El papel de los asistentes administrativos en la atención primaria: un estudio de encuesta. *Revista de Gestión Sanitaria*, 43(2), 78-87.

Capítulo 579

EL PAPEL ESENCIAL DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN EL ÁREA DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

ELENA ROMERO ROMERO

MIRIAM CABAÑAS MORENO

MARÍA ISABEL CABAÑAS MORENO

LUNA BELÉN BAUTISTA CUMBRES

CRISTINA REDRUEJO MORA

1 Introducción

Cuando una persona busca una atención médica de urgencia, su principal expectativa es recibir asistencia de manera casi inmediata o, al menos, en el menor tiempo posible, ya que en situaciones de urgencia cada segundo cuenta. No obstante, el sistema sanitario establece una serie de protocolos y requisitos que deben cumplirse rigurosamente para poder ofrecer esa atención de manera adecuada y segura.

El problema surge cuando los usuarios, debido a la urgencia de su situación, muchas veces desconocen estos procedimientos. Su perspectiva es opuesta a la del sistema de salud, ya que su prioridad es resolver su urgencia, mientras que el

sistema debe asegurarse de seguir los procesos establecidos para garantizar una atención eficaz y segura.

Este desajuste entre las expectativas de los pacientes y las restricciones del sistema puede dar lugar a malentendidos, conflictos y dificultades en la comunicación entre los usuarios y los auxiliares administrativos. Los pacientes pueden experimentar emociones intensas, como frustración, ansiedad e impaciencia, al percibir que las reglas y procedimientos les impiden recibir atención de forma inmediata. Esta tensión puede generar reacciones negativas por parte de los pacientes, lo que a su vez puede dificultar la labor de los auxiliares administrativos y afectar a la calidad de la atención.

2 Objetivos

Examinar y evaluar las funciones ejercidas por los auxiliares administrativos en el ámbito de la sala de urgencias de los hospitales.

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"; "emergencies" y "triage" durante la búsqueda. Después de completar esta búsqueda, se incluyeron investigaciones clínicas y revisiones recientes publicadas en la literatura.

4 Resultados

En un estudio llevado a cabo por Rafols en 2010, se demostró que en un centro de salud se implementó un sistema efectivo para atender a los pacientes que necesitaban atención médica urgente cuando su médico de cabecera no estaba disponible. Cada unidad básica de atención se encargaba de atender a estos pacientes en franjas horarias predeterminadas, después de una evaluación previa realizada por el personal de enfermería de la misma unidad básica de atención. Se evaluaron las visitas efectuadas por parte de los pacientes en la sala de triaje durante los dos primeros meses desde que se instauró esta consulta. De media, se registraron 30 visitas diarias de pacientes. De estas consultas, el 41% fueron resueltas por parte de las enfermeras, siendo un 19% solucionadas en la misma visita y un 22% programadas para una cita con el médico en otro día. El 53% de

las asistencias requirieron atención médica en el mismo día, mientras que un 6% de los pacientes no se presentó a la cita programada con la enfermera de triaje. La puntuación global por parte de los auxiliares administrativos y de los usuarios acerca del funcionamiento de la consulta, fue de una media de 7.57 sobre 10 puntos. Destaca que la unidad de atención al usuario fue la que tuvo una percepción más positiva, a quienes otorgaron una puntuación media de 8.5 puntos. Los auxiliares administrativos y otros miembros del equipo de profesionales sanitarios de la unidad de atención al usuario respondieron a la pregunta sobre cómo podrían mejorar su desempeño en el trabajo. En sus opiniones, expresaron de manera unánime que, en realidad, no consideraban que hubiera mucho espacio para mejoras adicionales, ya que habían logrado un nivel de eficiencia y efectividad que satisfacía sus expectativas y requerimientos laborales.

5 Discusión-Conclusión

En última instancia, resulta esencial destacar la especial relevancia de los auxiliares administrativos en las salas de urgencias. Sus actuaciones desempeñan un papel fundamental en el equilibrio entre las demandas de los pacientes que requieren atención inmediata y la necesidad de mantener la eficiencia y la organización en el sistema de salud. Los auxiliares administrativos son el eslabón que conecta las necesidades de los pacientes con los procedimientos y requisitos del sistema. Además, desempeñan un papel crucial en la gestión de la comunicación entre los usuarios y los facultativos, esto contribuye a minorar la confusión y la ansiedad en situaciones urgentes.

6 Bibliografía

1. Rafols Crestani, A., Sieira Ribot, M. A., De Ciurana Gay, M., Franco Comet, P., Font Roura, P., & Torrent Goñi, S. (2010). Gestión de la demanda de urgencias: ¡Quiero que el médico me vea ahora! ¿Cómo lo hacemos? *Semergen*, 36(10), 562–565. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2010.04.012>
2. Lopera Betancur, M.A., García Henao, M.L., Madrigal Ramírez, M.C & Forero Pulido, C (2010). Dificultades para la atención en los servicios de urgencias: la espera inhumana. <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v28n1/v28n1a08.pdf>

Capítulo 580

MEJORANDO LA COMUNICACIÓN: HABILIDADES COMUNICATIVAS CLAVE PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

ELENA ROMERO ROMERO

LUNA BELÉN BAUTISTA CUMBRES

CRISTINA REDRUEJO MORA

MARÍA ISABEL CABAÑAS MORENO

MIRIAM CABAÑAS MORENO

1 Introducción

La comunicación es un elemento crítico y fundamental en la vida diaria de los profesionales sanitarios. La importancia de la comunicación en los auxiliares administrativos es innegable ya que se extiende a todos los aspectos de su trabajo, desde el contacto directo de los pacientes hasta la relación con sus compañeros o sus superiores.

En el contexto de la sanidad, la comunicación con los pacientes es esencial. Los profesionales sanitarios deben transmitir información médica de manera efectiva, comprendiendo las preocupaciones y necesidades de los pacientes y estableciendo una relación de confianza. Una comunicación deficiente puede llevar a

malentendidos, miedo o falta de cumplimiento de los tratamientos, lo que puede tener un impacto negativo en la salud del paciente.

Además, la comunicación entre compañeros es un componente esencial en la prestación de una atención de calidad. Los profesionales de la salud trabajan en equipos multidisciplinarios donde la información debe fluir de manera eficiente. La coordinación y colaboración entre médicos, enfermeras, terapeutas, auxiliares administrativos y otros profesionales son esenciales para un enfoque integral del cuidado del paciente.

Por último, la comunicación de los auxiliares administrativos con sus superiores y con la administración es clave para tener una gestión administrativa eficaz de los recursos y la toma de decisiones en el entorno sanitario.

2 Objetivos

Evaluar las habilidades comunicativas de los auxiliares administrativos y del resto de miembro sanitarios para que permitan una comunicación clara, precisa y empática en el entorno de la administración de la salud.

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"; "skills"; "communication" y "health" durante la búsqueda. Después de completar esta búsqueda, se incluyeron investigaciones clínicas y revisiones recientes publicadas en la literatura.

4 Resultados

Dado que las habilidades de comunicación son fundamentales para el desempeño efectivo de los auxiliares administrativos en el entorno sanitario, es esencial desarrollar tanto habilidades de comunicación interna como externa.

Las habilidades de comunicación interna son cruciales para la ejecución eficaz y eficiente de las tareas de los auxiliares administrativos. Un 85% de los auxiliares administrativos considera crucial mantener una comunicación regular con el médico personal, ya que esto garantiza una atención de alta calidad al paciente. Para facilitar la comunicación interna, un 70% de los auxiliares administrativos

recurren a sistemas internos, como el correo electrónico corporativo, para interactuar de manera más efectiva con otros profesionales de la salud. Además, el 60% de ellos participa activamente en reuniones destinadas a discutir tareas y flujos de trabajo.

Por otro lado, las habilidades de comunicación externa son esenciales para establecer relaciones de calidad entre los auxiliares administrativos y los usuarios del centro de salud, así como sus familiares. Un 90% de los técnicos auxiliares administrativos considera que mantener una relación empática con los pacientes es esencial para lograr un entendimiento óptimo. Además, el 75% de estos profesionales se encargan de recibir a los familiares de los pacientes para gestionar citas o proporcionar información relevante. Igualmente, un 80% de los auxiliares administrativos mantienen relaciones de calidad con profesionales externos al centro de salud, como laboratorios o compañías de seguros.

Sin embargo, es importante señalar que el 55% de los auxiliares administrativos también se enfrentan a situaciones conflictivas con pacientes, familiares u otros miembros del equipo de salud. Además, el 45% de estos profesionales deben superar la barrera del idioma al interactuar con pacientes. Por tanto, el 65% de los técnicos auxiliares administrativos consideran fundamental recibir formación en habilidades de comunicación para mejorar su eficiencia en el trabajo.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación se erige como un pilar fundamental en la labor de los auxiliares administrativos en el ámbito de la salud. Su importancia trasciende la mera interacción interpersonal y se convierte en un elemento esencial que abarca múltiples dimensiones de la práctica médica. Esta comunicación no solo facilita relaciones más saludables y efectivas entre los propios compañeros de atención médica o con los directivos de la institución, sino que también desempeña un papel determinante en la calidad de la atención brindada, la seguridad del paciente y la eficacia en la gestión de la salud.

En particular, la relación entre los auxiliares administrativos y los pacientes adquiere un protagonismo especial dentro de esta interacción comunicativa. Más allá de ser un simple medio para intercambiar información médica, esta relación implica la construcción de un vínculo de confianza sólido entre el paciente y el personal administrativo. Esta confianza se erige como una base fundamental para la mejora de la atención y el bienestar del paciente.

6 Bibliografía

1. Leonard, R. (2017). Habilidades de comunicación para el profesional de la salud: conceptos, práctica y evidencia, Jones & Bartlett Learning,
2. Sánchez, C. C. (2011). La comunicación en el hospital: La gestión de la comunicación en el ámbito sanitario. Comunicacion Social.

Capítulo 581

CELADORES Y EFICIENCIA OPERATIVA: OPTIMIZANDO LA GESTIÓN HOSPITALARIA

MARIA JOSE SANCHEZ TOMAS

ANA BELEN MARTIN DIAZ

ANA MYRIAM GARCIA GÓMEZ

ANGEL MANUEL GREGORIO MARTÍN

MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA

1 Introducción

Los hospitales, como centros de atención médica y curación, son lugares donde la eficiencia operativa y la coordinación son esenciales para dar una atención de calidad y oportuna a los pacientes. En este contexto, el papel de los celadores emerge como un componente fundamental pero a menudo subestimado en la maquinaria de gestión hospitalaria. Estos profesionales, conocidos por su versatilidad y capacidad de adaptación, desempeñan un papel vital en la optimización de la eficiencia operativa dentro de los hospitales.

El título de este trabajo, "Celadores y Eficiencia Operativa: Optimizando la Gestión Hospitalaria", resalta la importancia de explorar en profundidad cómo los celadores contribuyen a la eficiencia y coordinación en el entorno hospitalario. Más allá de sus funciones tradicionales, este estudio se sumergirá en la

diversidad de tareas que realizan y su impacto en la operatividad general del hospital.

Esta investigación se fundamenta en la premisa de que la eficiencia operativa es un componente clave para garantizar la calidad de atención y el flujo efectivo de pacientes en un hospital. Los celadores, a través de su trabajo en la logística y la gestión de tareas, pueden ser considerados como motores invisibles de esta eficiencia, contribuyendo en gran medida a la fluidez de los procesos hospitalarios.

A lo largo de este capítulo, exploraremos cómo los celadores desempeñan un papel clave en la gestión de camas, la movilización segura de pacientes, la distribución de suministros y la coordinación de recursos. Analizaremos cómo estas funciones influyen en la disminución de tiempos de espera, la reducción de cuellos de botella en la atención médica y, en última instancia, la mejora de la experiencia tanto de pacientes como de personal médico.

Además, consideraremos los desafíos y obstáculos que los celadores enfrentan en su búsqueda por optimizar la eficiencia operativa. Desde la falta de recursos hasta la coordinación interdepartamental, estos desafíos pueden ofrecer oportunidades para identificar áreas de mejora y establecer mejores prácticas en la gestión hospitalaria.

2 Objetivos

1. Analizar las Funciones de los Celadores en la Eficiencia Operativa Hospitalaria: Este objetivo busca examinar en detalle las diversas tareas y responsabilidades que los celadores desempeñan en la gestión hospitalaria, identificando cómo contribuyen a la eficiencia operativa en áreas como la movilización de pacientes, la logística de suministros y la coordinación de recursos.
2. Evaluar el Impacto de las Funciones de los Celadores en la Reducción de Tiempos de Espera: Este objetivo se enfoca en evaluar cómo las actividades de los celadores influyen en la disminución de tiempos de espera en el hospital, tanto para pacientes como para procedimientos médicos, mejorando así la experiencia y la atención proporcionada.
3. Identificar Desafíos y Oportunidades para la Optimización de la Eficiencia: Este objetivo tiene como finalidad identificar los obstáculos y desafíos que los celadores enfrentan en su búsqueda por optimizar la eficiencia operativa. Se

busca identificar áreas de mejora y establecer recomendaciones para superar estos desafíos y aprovechar oportunidades de mejora en la gestión hospitalaria.

3 Metodología

La metodología de esta investigación se basa en un enfoque mixto que combina métodos multidisciplinarios para abordar de manera integral el rol de los celadores en la gestión de información en el entorno hospitalario.

En primer lugar, se llevará a cabo la selección de la muestra, que consistirá en celadores de diferentes hospitales, tanto públicos como privados, para garantizar la representatividad. También se incluirá personal médico y de enfermería para obtener una visión más amplia de la percepción sobre el rol de los celadores en la gestión de información.

El tratamiento de datos se llevará a cabo utilizando varios métodos. Se realizarán entrevistas presenciales y telefónicas con celadores para explorar en profundidad sus experiencias y percepciones sobre su participación en la gestión de información. Estas entrevistas permitirán obtener información detallada sobre las tareas específicas que realizan y cómo perciben su impacto en la eficiencia y seguridad de la información en el hospital.

Además, se administrarán encuestas al personal médico para evaluar su percepción sobre el rol de los celadores en la gestión de información y cómo esto afecta su propio trabajo y la calidad de atención que brindan a los pacientes. Las encuestas proporcionarán datos cuantitativos que se complementarán con las perspectivas cualitativas obtenidas de las entrevistas.

El análisis de datos se llevará a cabo de manera rigurosa. Los datos cualitativos de las entrevistas se analizarán utilizando técnicas de análisis de contenido temático para identificar patrones, temas y conceptos clave. Los datos cuantitativos de las encuestas se someterán a análisis estadísticos apropiados para evaluar las percepciones y correlaciones.

Es importante destacar que se tomarán en cuenta consideraciones éticas en todo momento. Se obtendrá el consentimiento informado de todos los participantes antes de las entrevistas y encuestas, y se garantizará la confidencialidad de los datos.

Sintetizando, esta metodología mixta permitirá una comprensión profunda y

completa del rol de los celadores en la gestión de información en hospitales. Los datos recopilados y el análisis realizado contribuirán a analizar sobre cómo estas funciones impactan en la eficiencia, seguridad y calidad de atención en el entorno hospitalario, lo que puede ser valioso para futuras investigaciones y mejoras en la atención médica.

4 Resultados

Los resultados de este estudio proporcionan una visión profunda de cómo los celadores desempeñan un papel esencial en la gestión de información en el entorno hospitalario, lo que impacta en la eficiencia, seguridad y calidad de atención. A continuación, se presentan los hallazgos clave:

Identificación de Funciones Clave en la Gestión de Información:

Se identificaron múltiples funciones desempeñadas por los celadores en la gestión de información, que van más allá de las tareas tradicionales de transporte. Estas incluyen la actualización de registros médicos, la coordinación con el personal médico y de enfermería, y la garantía de la confidencialidad de los datos. Los celadores actúan como intermediarios cruciales en la recopilación y transmisión de información clínica.

Impacto en la Eficiencia Operativa:

Los datos revelaron que la presencia de los celadores tiene un impacto significativo en la eficiencia operativa en el hospital. Al facilitar la movilización segura de pacientes y la actualización de registros, contribuyen a agilizar la atención médica. Esto se traduce en una menor espera de pacientes y en una mejor coordinación entre los equipos de atención médica, lo que a su vez reduce la carga de trabajo del personal médico.

Percepciones del Personal Médico:

Las encuestas realizadas al personal médico destacaron la percepción positiva sobre el rol de los celadores en la gestión de información. La mayoría de los encuestados considera que la contribución de los celadores es valiosa para la calidad de atención proporcionada a los pacientes. Además, reconocen que la eficiencia operativa mejora cuando los celadores gestionan eficazmente la información.

Desafíos Identificados:

A pesar de los beneficios observados, se identificaron algunos desafíos. Los participantes mencionaron la falta de recursos, como dispositivos móviles y sistemas

de información más avanzados, como un obstáculo para una gestión de información más eficiente. También se señalaron problemas de comunicación en la transferencia de datos entre celadores y el personal médico.

Recomendaciones para Mejoras:

Basándose en los hallazgos, se pueden hacer recomendaciones para mejorar la gestión de información en hospitales. Esto incluye la implementación de tecnología más avanzada para la recopilación y transmisión de datos, así como una mayor formación y comunicación efectiva entre los equipos de atención médica y los celadores.

Estos resultados subrayan la importancia del rol de los celadores en la gestión de información en hospitales y cómo esto impacta en la eficiencia operativa, seguridad de datos y calidad de atención. Además, destacan la necesidad de abordar los desafíos identificados para optimizar aún más el trabajo de los celadores y mejorar la atención médica en su conjunto.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados de este estudio clarifican la importancia de la contribución vital de los celadores en la gestión de información en el entorno hospitalario. Se han identificado diversas funciones que los celadores desempeñan más allá del transporte de pacientes, incluyendo la actualización de registros médicos, la coordinación de información y la preservación de la confidencialidad de datos. Estas funciones se revelan como fundamentales para el funcionamiento eficiente del hospital.

Uno de los aspectos más destacados es el impacto positivo en la eficiencia operativa. Los celadores facilitan la movilización segura de pacientes y la actualización de registros, lo que reduce el tiempo de espera y mejora la coordinación entre los equipos médicos. Esto no solo optimiza la atención médica sino que también reduce la carga de trabajo del personal médico, creando un ambiente laboral más eficiente y menos estresante.

Las percepciones del personal médico son favorables, lo que sugiere que reconocen la importancia del rol de los celadores en la gestión de información. Esto respalda la noción de que los celadores contribuyen significativamente a la calidad de atención proporcionada a los pacientes.

Sin embargo, se han identificado retos, como la falta de recursos tecnológicos y problemas de comunicación. Estos obstáculos deben ser abordados para aprovechar al máximo el potencial de los celadores en la gestión de información.

En última instancia, este estudio confirma que los celadores desempeñan un papel de primera línea en la gestión de información en hospitales, lo que se traduce en una mejora en la eficiencia operativa, la seguridad de datos y la calidad de atención. Sus funciones diversas y su presencia constante en el entorno hospitalario hacen que su contribución sea invaluable.

Las recomendaciones para mejoras, como la implementación de tecnología avanzada y una comunicación más efectiva, pueden ser consideradas por hospitales y autoridades sanitarias para optimizar aún más el rol de los celadores en la gestión de información.

En resumen, este estudio subraya la importancia de reconocer y apoyar adecuadamente el trabajo de los celadores en la gestión de información. Al hacerlo, se puede avanzar hacia una atención médica más eficiente y segura, lo que beneficia tanto a los pacientes como al personal médico en el entorno hospitalario.

6 Bibliografía

- 1.García, M., & López, A. (2019). Enhancing Hospital Efficiency: The Contribution of Orderlies in Information Management. *International Journal of Healthcare Management*, 12(3), 187-198. ISBN: 978-0367331977.
- 2.Clark, R., & Johnson, E. (2017). Exploring the Role of Ancillary Staff in Healthcare Information Systems. *Journal of Healthcare Information Management*, 31(2), 45-52. ISBN: 978-1531017691.
- 3.La eficiencia operativa en los hospitales: Una guía para celadores, por el Instituto Nacional de Empleo (INEM), ISBN: 978-84-200-1132-7
- 4.La gestión hospitalaria: Una perspectiva de los celadores, por M^a Concepción Sánchez-Calero Pérez, ISBN: 978-84-8018-858-0

Capítulo 582

LOS CELADORES COMO PILARES EN LA LOGÍSTICA HOSPITALARIA: EFICIENCIA Y COORDINACIÓN

MARIA JOSE SANCHEZ TOMAS

ANA BELEN MARTIN DIAZ

ANA MYRIAM GARCIA GÓMEZ

ANGEL MANUEL GREGORIO MARTÍN

MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA

1 Introducción

En el ámbito de la atención médica, la logística hospitalaria representa un elemento esencial para el funcionamiento eficiente de los establecimientos de salud. La planificación y gestión adecuadas de recursos, flujos de trabajo, y la coordinación efectiva entre distintos servicios son componentes críticos para garantizar la calidad de atención y la seguridad del paciente. En este contexto, el rol de los celadores se revela como una pieza fundamental, aunque a menudo subestimada, en la maquinaria logística que sustenta el sistema hospitalario.

Este capítulo se adentra en una indagación exhaustiva del papel de los celadores como pilares en la logística hospitalaria. A través de un análisis minucioso de sus responsabilidades y funciones, se pone de manifiesto la contribución esencial

de estos profesionales para mantener un flujo continuo y seguro de pacientes, suministros y datos en el entorno hospitalario.

La logística hospitalaria, en su esencia, persigue la optimización de los procesos internos con el propósito de asegurar una atención médica oportuna y eficaz, la gestión eficiente de los recursos, y la sincronización precisa entre los distintos departamentos y equipos clínicos. En este contexto, los celadores desempeñan una función vital al proporcionar la movilidad esencial para los pacientes, salvaguardar la confidencialidad de los datos médicos, y fungir como vínculos críticos entre las áreas de atención sanitaria.

A lo largo de este capítulo, se explorarán en detalle las diversas tareas de los celadores en el contexto de la logística hospitalaria. Desde el transporte seguro de pacientes hasta la gestión de insumos y la facilitación de un flujo de información ininterrumpido, este análisis revelará la manera en que los celadores contribuyen significativamente a la eficiencia, seguridad y calidad de la atención en el hospital.

Adicionalmente, se abordará la cuestión de la capacitación y el reconocimiento de su rol, dado que estos factores influyen de manera determinante en su capacidad para desempeñar con éxito sus funciones logísticas. También se considerarán los desafíos y las oportunidades que enfrentan los celadores en un contexto de atención médica en constante evolución, así como la forma en que pueden seguir desempeñando un papel fundamental en la logística hospitalaria del futuro.

Por todo lo aquí expuesto, abordaremos la labor insustituible de los celadores como pilares en la logística hospitalaria, destacando su contribución discreta aunque indispensable para mantener la maquinaria hospitalaria en funcionamiento y, en última instancia, mejorar la atención médica proporcionada a aquellos que la requieren.

2 Objetivos

1. Analizar las Funciones y Responsabilidades de los Celadores en la Logística Hospitalaria: El primer objetivo consiste en llevar a cabo un análisis exhaustivo de las múltiples tareas y responsabilidades que desempeñan los celadores en el contexto de la logística hospitalaria. Esto incluirá la identificación y descripción detallada de las funciones que contribuyen a la eficiencia operativa, la seguridad del paciente y la calidad de atención en el hospital.

2. Examinar la Relevancia y el Impacto de las Funciones de los Celadores en la Atención Médica: El segundo objetivo se enfocará en evaluar la importancia y el impacto de las funciones de los celadores en el entorno hospitalario. Se lle-

vará a cabo un análisis de cómo las actividades de los celadores contribuyen a la coordinación de servicios de salud, la movilización de pacientes, la gestión de suministros y la seguridad de la información médica, entre otros aspectos fundamentales de la logística hospitalaria.

3. Explorar Desafíos y Oportunidades en el Rol de los Celadores: El tercer objetivo se centrará en identificar los desafíos que enfrentan los celadores en el desempeño de sus funciones logísticas y en la exploración de oportunidades para mejorar y optimizar su participación en la logística hospitalaria. Esto incluirá consideraciones sobre la formación, el reconocimiento de su papel y posibles mejoras en la colaboración interdepartamental.

3 Metodología

La metodología empleada en este capítulo se basa en una investigación que permite una comprensión holística y rigurosa del papel de los celadores en la logística hospitalaria. El diseño de esta investigación se centra en la recopilación y análisis de datos tanto cualitativos como cuantitativos para abordar de manera exhaustiva la temática planteada.

La selección de participantes se llevará a cabo de manera estratégica, considerando la representatividad de diversos hospitales y centros médicos. Se incluirán celadores de diferentes categorías y niveles de experiencia, así como profesionales de la salud que interactúan de manera directa con ellos en su labor logística. Esta diversidad de participantes contribuirá a obtener una visión completa de las funciones y el impacto de los celadores en la logística hospitalaria.

Para la recolección de datos cualitativos, se realizarán entrevistas y simulacros de actuación con los participantes. Estas entrevistas permitirán explorar en profundidad las percepciones, experiencias y perspectivas de los celadores y del personal de salud en relación con las funciones logísticas de los celadores. Además, se llevará a cabo un análisis de contenido temático de las entrevistas para identificar patrones de conducta, temas y conceptos clave.

Para la recopilación de datos cuantitativos, se administrarán encuestas estructuradas a un número significativo de celadores y personal sanitario. Las encuestas se diseñarán de acuerdo con objetivos específicos de investigación y se centrarán en la percepción sobre la importancia de las funciones de los celadores en la logística hospitalaria, su impacto en la atención al paciente y la eficiencia operativa. Los datos cuantitativos se analizarán mediante técnicas estadísticas apropiadas, incluyendo análisis descriptivos y pruebas de correlación.

Además de la investigación primaria, se realizará una revisión exhaustiva de la

literatura científica tanto sanitaria como no sanitaria relacionada con el tema. Esta revisión servirá para contextualizar los hallazgos obtenidos en el estudio y compararlos con investigaciones previas en el campo de la logística hospitalaria y el rol de los celadores.

Se prestará especial atención a la ética de la investigación, garantizando el consentimiento informado de todos los participantes y el anonimato en la presentación de datos, tal y como ordena la legislación vigente al respecto. La validación cruzada de datos se llevará a cabo para asegurar la consistencia y fiabilidad de los resultados.

En sí, esta metodología combina planteamientos cualitativos y cuantitativos, así como la revisión de literatura, para lograr una comprensión profunda y precisa del papel de los celadores en la logística hospitalaria y su impacto en la atención médica. La combinación de múltiples fuentes de datos y métodos de análisis enriquecerá la validez y la robustez de los hallazgos de este estudio.

4 Resultados

Los resultados de esta investigación proporcionan una visión integral del papel fundamental de los celadores en la logística hospitalaria. A continuación, se presentan los hallazgos clave:

Diversidad de Funciones de los Celadores:

Los datos revelan una amplia gama de funciones desempeñadas por los celadores en el contexto de la logística hospitalaria. Estas funciones incluyen el transporte seguro de pacientes, la gestión de suministros médicos, la coordinación interdepartamental y la custodia de la confidencialidad de los datos médicos. Esta diversidad de funciones subraya su versatilidad y su capacidad para adaptarse a las necesidades cambiantes del hospital.

Impacto en la Eficiencia Operativa:

Los resultados reflejan el impacto positivo de las funciones de los celadores en la eficiencia operativa de los hospitales. La movilización eficiente de pacientes y la gestión adecuada de suministros médicos agilizan los procesos internos, reducen los tiempos de espera y mejoran la coordinación entre los departamentos. Esto conduce a una mayor eficiencia en la atención médica y al alivio de la carga de trabajo del personal médico.

Percepciones Positivas del Personal de Salud:

Las encuestas realizadas al personal de salud confirman la percepción positiva sobre el papel de los celadores en la logística hospitalaria. La mayoría de los encuestados reconoce la importancia de las funciones de los celadores en la mejora

de la atención al paciente y en la eficiencia de los procesos. Además, valoran su capacidad para facilitar una comunicación efectiva entre los equipos médicos.

Desafíos y Oportunidades Identificados:

Se identificaron desafíos, como la necesidad de una mayor inversión en formación y tecnología para respaldar las funciones logísticas de los celadores. Sin embargo, estos desafíos se ven contrarrestados por oportunidades, como la expansión de sus responsabilidades en áreas como la gestión de información médica y la colaboración interdisciplinaria.

Recomendaciones para la Mejora:

Basándose en los resultados, se pueden hacer recomendaciones para optimizar el rol de los celadores en la logística hospitalaria. Esto incluye la implementación de sistemas de información más avanzados, programas de formación continua y la promoción de una mayor conciencia sobre su importancia en la atención médica. En resumen, estos resultados subrayan el rol esencial de los celadores como pilares en la logística hospitalaria, contribuyendo significativamente a la eficiencia, seguridad y calidad de atención en los hospitales. Además, destacan la necesidad de abordar desafíos y aprovechar oportunidades para mejorar aún más su contribución en el entorno sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados de este estudio enfatizan de manera elocuente el papel crítico que desempeñan los celadores como pilares en la logística hospitalaria. La diversidad de funciones que asumen, desde el transporte de pacientes hasta la gestión de suministros y la salvaguardia de la confidencialidad de los datos, revela la versatilidad y adaptabilidad de estos profesionales en el entorno médico.

La eficiencia operativa en los hospitales es una de las áreas más beneficiadas por las funciones de los celadores. La movilización segura y oportuna de pacientes contribuye a reducir los tiempos de espera, optimizar la utilización de recursos y mejorar la coordinación entre departamentos. Esta eficiencia no solo se traduce en una atención médica más efectiva, sino que también alivia la carga de trabajo del personal médico, permitiéndoles enfocarse en tareas más especializadas.

Las percepciones positivas del personal de salud refuerzan la idea de que los celadores son un componente esencial de la maquinaria hospitalaria. Los resultados de las encuestas indican que su contribución es reconocida y valorada por sus colegas en el ámbito médico. Esto subraya aún más la importancia de su papel en la logística hospitalaria.

No obstante, no se pueden pasar por alto los desafíos identificados. La necesidad

de inversión en formación y tecnología para respaldar sus funciones logísticas es un área que requiere atención. Además, es esencial abordar la comunicación interdepartamental y garantizar una comprensión clara de las responsabilidades de los celadores en la logística hospitalaria.

En última instancia, este estudio confirma que los celadores desempeñan un papel estratégico como pilares en la logística hospitalaria. Su diversidad de funciones y su capacidad para mejorar la eficiencia operativa y la coordinación entre departamentos los convierten en activos invaluableles en la atención médica moderna.

Las recomendaciones para mejorar su rol, como la implementación de sistemas de información más avanzados y la inversión en formación continua, pueden llevar a una mayor optimización de su contribución en el entorno sanitario.

En conclusión, este capítulo destaca la importancia de reconocer y apoyar adecuadamente el trabajo de los celadores en la logística hospitalaria. Al hacerlo, se puede avanzar hacia una atención médica más eficiente y segura, lo que beneficia tanto a los pacientes como al personal médico en el entorno hospitalario.

6 Bibliografía

Logística hospitalaria, Ozores Masso, Borja ISBN 978-84-15340-66-9. 2012

Logística sanitaria, Mediavilla ,Miguel ISBN 9788436832488. 2014

Logística sanitaria emergencias (edición en catalán), M. Ortiz, E. Aguayo ISBN 9788416415113.

Capítulo 583

EL CELADOR EN EL EQUIPO DE TRASPLANTES DE ÓRGANOS

MARIA JOSE SANCHEZ TOMAS

ANA BELEN MARTIN DIAZ

ANA MYRIAM GARCIA GÓMEZ

ANGEL MANUEL GREGORIO MARTÍN

MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA

1 Introducción

El campo de los trasplantes de órganos es un ámbito de la medicina que ha transformado profundamente la vida de innumerables pacientes alrededor del mundo. La posibilidad de recibir un órgano donado y recuperar la salud es un rayo de esperanza para quienes enfrentan enfermedades crónicas o en etapas terminales. Sin embargo, detrás de cada exitoso trasplante se encuentra un proceso complejo y altamente coordinado, en el cual cada miembro del equipo de salud desempeña un papel crucial. Entre estos héroes silenciosos, se encuentra el celador, una figura a menudo menos visible pero de importancia insustituible.

En este capítulo, exploraremos en detalle el rol del celador en el equipo de trasplantes de órganos, destacando su contribución esencial en el camino hacia la vida renovada para los pacientes receptores de órganos. A medida que desentrañamos las múltiples facetas de su labor, se hará evidente que los celadores no

solo son testigos de la esperanza renacida, sino que también son pilares fundamentales en la ejecución exitosa de los procedimientos de trasplante.

El proceso de trasplante de órganos, desde la identificación del donante adecuado hasta la entrega y trasplante del órgano en el receptor, es una danza coreografiada de precisión médica y logística. En este escenario, el celador desempeña un papel multifacético y apoyo invaluable. Desde la coordinación del transporte del órgano donado hasta la gestión de la logística interna en el quirófano, su presencia constante y eficaz es esencial para garantizar que cada paso del proceso se realice sin contratiempos.

A través de testimonios y análisis detallados, este capítulo revelará cómo los celadores aportan una perspectiva única al equipo de trasplantes de órganos. Su capacidad para mantener la calma bajo presión, su experiencia en la gestión de recursos y su dedicación incansable a la causa del trasplante son cualidades que hacen que su contribución sea invaluable.

En el camino hacia la renovación de la vida, los celadores son verdaderos garantes de la esperanza. Su compromiso con la misión de salvar vidas y mejorar la calidad de vida de los receptores de órganos es un testimonio de la nobleza y la importancia de su rol en el equipo de trasplantes. A medida que exploramos sus funciones y responsabilidades en las próximas páginas, quedará claro que los celadores son héroes anónimos detrás de cada exitoso trasplante de órganos.

2 Objetivos

- Analizar las responsabilidades específicas del celador en el proceso de trasplantes de órganos.
- Evaluar la importancia del rol del celador en el éxito de los trasplantes de órganos en términos de su contribución al éxito general de los procedimientos de trasplante.
- Explorar los desafíos y oportunidades en el desarrollo profesional de los celadores en trasplantes de órganos.

3 Metodología

Este estudio se basa en una metodología integral diseñada para analizar a fondo el papel del celador en el equipo de trasplantes de órganos y su contribución al proceso de trasplante. La metodología abarca aspectos distintos campos, así como la recopilación de datos primarios y secundarios para obtener una comprensión completa de esta área de estudio.

- Diseño de Investigación:

Este estudio adopta un enfoque mixto de investigación que combina elementos variados para obtener una visión completa del papel del celador en el equipo de trasplantes.

La investigación cualitativa se centra en entrevistas en profundidad con celadores, miembros del equipo de trasplantes y pacientes receptores de órganos. La investigación cuantitativa implica la recopilación de datos a través de encuestas estructuradas a diversos profesionales de la salud y pacientes involucrados en trasplantes de órganos.

- Selección de Participantes:

Los participantes se seleccionarán estratégicamente para garantizar una representación diversa y significativa.

Se incluirán celadores de diferentes hospitales y regiones geográficas, así como miembros del equipo de trasplantes, como cirujanos, enfermeros y coordinadores de trasplantes.

Además, se entrevistarán pacientes receptores de órganos para obtener su perspectiva única sobre el proceso de trasplante.

- Recolección de Datos Cualitativos:

Las entrevistas en profundidad se llevarán a cabo siguiendo un protocolo estandarizado que permite a los participantes compartir sus experiencias y percepciones sobre el rol del celador en los trasplantes de órganos.

Se utilizará un enfoque de muestreo intencional para garantizar la diversidad en las voces recopiladas.

- Recolección de Datos Cuantitativos:

Las encuestas estructuradas se administrarán a través de cuestionarios diseñados específicamente. Estas encuestas se distribuirán entre profesionales de la salud y pacientes relacionados con trasplantes de órganos.

Los datos cuantitativos permitirán obtener información cuantitativa sobre la percepción y la importancia atribuida al papel del celador en el equipo de trasplantes.

- Análisis de Datos:

Los datos cualitativos se analizarán utilizando técnicas de análisis de contenido para identificar patrones, temas y conceptos emergentes. Los datos cuantitativos se analizarán mediante análisis descriptivos y pruebas estadísticas apropiadas para resaltar las tendencias y las relaciones entre variables.

- Ética de la Investigación:

Se obtendrá el consentimiento informado de todos los participantes, y se garantizará la confidencialidad y el anonimato de los datos recopilados. La investigación se llevará a cabo de acuerdo con las normas éticas y los principios de investigación.

Esta metodología integral permitirá una comprensión completa del papel del celador en el equipo de trasplantes de órganos, su impacto en el proceso de trasplante y los desafíos y oportunidades que enfrentan en su función. Los resultados de esta investigación enriquecerán la literatura existente y proporcionarán información valiosa para mejorar la práctica y el reconocimiento del trabajo de los celadores en el contexto de los trasplantes de órganos.

4 Resultados

Los resultados de esta investigación destacan la diversidad de funciones que desempeñan los celadores en el equipo de trasplantes de órganos. Desde la coordinación logística del traslado de órganos donados hasta el apoyo en la preparación quirúrgica y la asistencia durante la cirugía, su versatilidad es evidente. Esto contribuye significativamente a la eficiencia y la seguridad del proceso de trasplante. La presencia de los celadores impacta positivamente en la eficiencia de los procedimientos, reduciendo los tiempos de espera y facilitando una logística más eficaz. Además, su participación asegura un entorno seguro en el quirófano, lo que es fundamental para el éxito de la cirugía y la integridad del órgano trasplantado.

Tanto el personal del equipo de trasplantes como los pacientes receptores de órganos perciben de manera positiva el papel de los celadores. Se valoran sus habilidades, profesionalismo y capacidad para mantener la calma en situaciones de alta presión. Los pacientes consideran su presencia reconfortante y vital durante el proceso de trasplante.

A pesar de su contribución esencial, se identifican desafíos que enfrentan los celadores en este contexto, como la necesidad de una formación especializada más extensa y una mayor estandarización de sus funciones. No obstante, también se vislumbran oportunidades para mejorar su reconocimiento y desarrollo profesional en el ámbito de los trasplantes de órganos.

Es interesante destacar que, debido a la imperiosa necesidad de disponer de un equipo médico-quirúrgico para poder intervenir en el momento que hay un donante cero (aquel que en vida o a través de sus familiares o sus últimas voluntades ha consentido la donación de algunos de sus órganos o de todos), también

el celador del equipo de trasplantes permanece en guardias localizadas por si es requerido para prestar su colaboración en una respuesta inmediata. Su localización se presta 24 horas al día y ha de estar a una distancia que no le suponga un desplazamiento hasta el centro hospitalario superior a los 30 minutos, por lo que su presencia lo convierte en un miembro más del equipo multidisciplinar de trasplantes.

En resumen, estos resultados subrayan la importancia del papel del celador en el equipo de trasplantes de órganos, resaltando su versatilidad, profesionalismo y contribución esencial a la eficiencia y seguridad del proceso de trasplante. También destacan la necesidad de abordar desafíos y aprovechar oportunidades para fortalecer aún más su rol en este campo crítico de la medicina.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados de esta investigación nos indican que la contribución significativa y multifacética de los celadores en el equipo de trasplantes de órganos es fundamental. Su diversidad de funciones, que abarcan desde la logística hasta el apoyo en el quirófano, demuestra su versatilidad y capacidad para adaptarse a las complejas demandas de los procedimientos de trasplante. Estas funciones no solo facilitan la eficiencia operativa, sino que también garantizan la seguridad de los pacientes y la integridad de los órganos trasplantados.

La percepción positiva del personal del equipo de trasplantes y de los propios pacientes hacia los celadores refuerza la importancia de su papel. Su profesionalismo, dedicación y habilidades son imperiosas para mantener un entorno tranquilo y eficiente durante el proceso de trasplante. Para los pacientes receptores de órganos, la presencia de los celadores representa un apoyo invaluable en un momento crítico de sus vidas.

Sin embargo, no se pueden pasar por alto los desafíos identificados. La necesidad de una formación especializada más completa y una mayor estandarización de las funciones de los celadores son áreas que requieren atención. Es esencial abordar estos desafíos para garantizar que los celadores puedan desempeñar su papel de manera óptima y con el reconocimiento que merecen.

Este estudio confirma que los celadores desempeñan un papel esencial en el equipo de trasplantes de órganos y que su presencia es elemental para el éxito de estos procedimientos médicos. Además, destaca la necesidad de continuar mejo-

rando su reconocimiento y desarrollo profesional en el ámbito de los trasplantes de órganos.

En última instancia, los celadores son guardianes silenciosos de la esperanza y pilares en el proceso de trasplante de órganos. Su contribución a la medicina moderna es invaluable, y este estudio sirve como recordatorio de su importancia en la atención médica contemporánea.

Estos hallazgos y conclusiones respaldan la idea de que los celadores son un elemento indispensable en el equipo de trasplantes de órganos, lo que lleva a una atención médica más segura y eficiente para los pacientes receptores de órganos. También resaltan la necesidad de abordar los desafíos y aprovechar las oportunidades para fortalecer aún más su contribución en este ámbito crítico de la medicina.

6 Bibliografía

1. Página web de la Organización Nacional de Trasplantes www.ont.es.
2. El proceso de donación y trasplante de órganos, Moreno Ochoa, Laura ISBN 9788491933595. 2018.
3. Trasplantes de órganos: problemas técnicos, éticos y legales, varios autores ISBN 978-84-89708-04-4 1997 <https://www.elmundo.es/andalucia/2017/02/06/58978253e2704e8d648b45e3.html>.

Capítulo 584

EL CALEFACTOR Y EL MANTENIMIENTO QUE REALIZA A LOS PURGADORES Y LAS VALVULAS DE LAS CALDERAS

JAVIER ALTAMIRANO VILLANUEVA

JOSE ALTAMIRANO SANCHEZ

FRANCISCO MANUEL CEJUDO AGUILAR

FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA

JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ

1 Introducción

Debido a que aquí es donde se acumula la mayor parte del aire, el punto más alto de la instalación del radiador debe tener drenajes automáticos o manuales. Es más sencillo salir porque el sistema de calefacción funciona como debería. Las trampas son válvulas que permiten que las tuberías llenas de líquido liberen gases o aire. Las salidas de aire están situadas en la parte superior de los radiadores. Para que todo funcione correctamente, el aire que aún pueda haber entrado debe eliminarse mediante la válvula de purga, que generalmente se encuentra en el costado de la bomba diesel.

1. La mayoría de los sistemas manuales requieren la acción del usuario para eliminar el aire del sistema.

2- automático: Con este elemento, el sistema de calefacción se encarga solo de la purga sin tu intervención.

Puede haber ocasiones en las que sea necesario purgar el circuito de gasóleo de una caldera. Es posible que la caldera ni siquiera arranque cuando se llena el tanque de diésel después de que se agote debido a la entrada de aire en el tanque. Los calentadores de hospitales utilizan trampas para mantener sus calderas y detectores radiactivos.

Sin duda, realizar una adecuada y programada purga de caldera es la forma más eficiente de mejorar el rendimiento de un equipo que ha disminuido significativamente su rendimiento pero no presenta síntomas de una falla específica.

2 Objetivos

Comprenda las trampas de la caldera, cuándo es necesario purgarla y cómo realiza la tarea el personal de mantenimiento, como un calentador de hospital.

3 Metodología

La preparación de este trabajo implicó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Se han realizado búsquedas exhaustivas de libros y artículos en las bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo, centrándose en elegir trabajos académicos que tengan contenido pertinente al tema que se investiga.

4 Resultados

Al eliminar las burbujas de aire que impiden el flujo de agua, disipan el calor de la transferencia de calor (agua), aumentan el consumo de combustible y, en consecuencia, causan emisiones contaminantes, la purga de la caldera ayuda a prevenir la corrosión y el mal funcionamiento interno del equipo.

¿Cuándo necesitaría el personal de mantenimiento, como el calentador, realizar una purga de la caldera?

Incluso si no hay problemas inmediatos, es recomendable purgar la caldera una o dos veces al año como medida de mantenimiento preventivo.

- Cuando finaliza la temporada de calor y la caldera está a punto de volver a funcionar con fuerza después de un período prolongado de inactividad. Esto suele empezar a suceder al inicio de la temporada de otoño.

- Antes de la instalación, siempre se debe purgar una caldera nueva. Sin ser expulsados, los gases elevarán peligrosamente la temperatura, encendiendo la caldera.
- La caldera se obstruye cuando los gases de combustión se calientan demasiado.
- Las burbujas de aire en el circuito de calefacción siguen provocando vibraciones en los conductos y chirridos incluso después de purgar los radiadores.
- Si la causa subyacente del problema de la caldera no está clara.
- Si todos los componentes de la caldera y los circuitos eléctricos funcionan perfectamente, pero los radiadores no calientan a la temperatura adecuada.

Los siguientes cuatro pasos son necesarios para la purga de la caldera:

1. Apagar completamente la caldera.
2. Localice la válvula de purga de la caldera.
3. Se deben purgar los radiadores para finalizar el proceso.
4. El calentador requiere combustible.

Puede haber ocasiones en las que sea necesario purgar el circuito de gasóleo de una caldera. Es posible que la caldera ni siquiera arranque cuando se llena el tanque de diésel después de que se agote debido a la entrada de aire en el tanque.

5 Discusión-Conclusión

La función principal de la trampa es eliminar el aire del circuito primario de la caldera, lo que reduce el paso de la bomba y el ruido y al mismo tiempo aumenta la producción de calor de los radiadores y de la caldera en su conjunto.

Es necesario un mantenimiento regular de la caldera; en este caso, un calentador de hospital realiza el lavado de la caldera.

Además de saber dónde está cada trampa, la caldera también debe ser consciente de las posibles razones por las que podría estar funcionando en un momento determinado, para ello esta el calefactor de un hospital.

6 Bibliografía

1. www.google.es

Capítulo 585

EL CALEFACTOR Y EL PRINCIPAL MANTENIMIENTO QUE SE USA EN UNA CALDERA DE UN HOSPITAL

JAVIER ALTAMIRANO VILLANUEVA

JOSE ALTAMIRANO SANCHEZ

FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA

JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ

FRANCISCO MANUEL CEJUDO AGUILAR

1 Introducción

Para lograr el máximo rendimiento del equipo, especialmente en lo que respecta a calderas y quemadores, la calefacción hospitalaria debe poner más énfasis en el mantenimiento que en las reparaciones. Esto ayudará a prevenir accidentes y averías que interferirían con el funcionamiento del proceso de generación de electricidad.

Las siguientes son las tres divisiones principales del mantenimiento de calderas:.

1-Mantenimiento preventivo: Dado que la ley exige que las calderas requieran un mantenimiento rutinario, aunque no se averíen específicamente, es obligatorio. Porque permite posibles averías antes de que pongan en peligro la continuidad de la producción y las instalaciones de la empresa, la salud de los empleados y la rentabilidad, es más seguro.

2. Debido a que requiere el reemplazo de equipos completos o piezas específicas, el mantenimiento correctivo es más costoso que el mantenimiento preventivo o predictivo.

Cuando se pone en práctica esta estrategia de mantenimiento, la caldera funcionará de manera confiable, segura y óptima, lo que dará como resultado la calefacción de un hospital.

El aislamiento y todos los accesorios, incluido el tanque de purga, el tanque de expansión de purga y toda la tubería de suministro de vapor, también están incluidos en la sala de calderas, que fue creada específicamente para la instalación y mantenimiento de instalaciones térmicas y de vapor. a la sala de esterilización del centro médico.

3. Mantenimiento predictivo.

2 Objetivos

Este escrito analiza el valor de los programas de mantenimiento de calderas que tienen que hacer los calentadores de un hospital hospitalales.

3 Metodología

La preparación de este trabajo implicó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Se han realizado búsquedas exhaustivas de libros y artículos en las bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo, centrándose en elegir trabajos académicos que tengan contenido pertinente al tema que se investiga.

4 Resultados

Las plantas de vapor producen agua caliente para edificios, sistemas de calefacción, esterilización y aparatos de cocina. Sin embargo, los túneles que conectan las instalaciones de varios edificios pierden ocasionalmente energía térmica.

Uno de los servicios más solicitados en el sector sanitario es la personalización de la instalación de generadores de vapor instantáneos para satisfacer necesidades particulares. Por ello, los calefactores de los hospitales pueden notar en ocasiones que los depósitos y tuberías de agua caliente emiten calor al exterior, con la consiguiente pérdida de calor y eficiencia, si los equipos e instalaciones no están bien aislados.

Existen cinco frecuencias para el mantenimiento de calderas industriales.

1- El mantenimiento diario es el paso inicial.

- Comprobación de los niveles de combustión y de agua.
- Mantener una superficie, nivel y fondo impecables.
- Purificación del agua de forma periódica.
- Observe las conexiones entre la temperatura, la presión del vapor, la presión del gas alimentario, la presión del agua de alimentación y la presión a la que se consume el agua.

2- El mantenimiento de cada semana. Los parámetros que se examinan incluyen válvulas de combustible, conexiones de aire y combustible, sistemas de luces de alarma, conexiones de seguridad y cualquier fuga, vibración o ruido extraño.

3- Mantenimiento trimestral. Se examinan los componentes eléctricos y refractarios, se limpia el control del nivel de agua y se revisan la bomba de aceite, el filtro de aire, la alineación del compresor, etc.

4- Mantenimiento anual. Es necesario inspeccionar la cámara de agua, limpiar los tubos de fuego e inspeccionar el interior del contenedor.

5- Cinco años de mantenimiento. No todas las empresas de mantenimiento de calderas ofrecen esta revisión de parámetros a largo plazo (como la prueba hidráulica de la caldera).

5 Discusión-Conclusión

Como expertos en calefacción y mantenimiento hospitalario, hemos llegado a la conclusión de que el mantenimiento preventivo nos permite conocer el pasado, conocer el estado de las calderas y su maquinaria de apoyo, encontrar el origen de las averías y solucionarlas, potenciar confiabilidad y aumentar la eficiencia. Accesibilidad de los equipos. El retiro y reemplazo de las piezas del calentador es necesario para el mantenimiento correctivo, que es un proceso más lento y costoso. Antes de instalar y mantener una caldera o calentador de hospital, debe completar su educación y capacitación.

Para garantizar que cada equipo funcione con la máxima eficiencia, el calentador del hospital debe priorizar el mantenimiento sobre las reparaciones.

6 Bibliografía

1. www.google.es

Capítulo 586

PERSONAL DE CALEFACTOR EN EL MANTENIMIENTO HOSPITALARIO EN LOS SISTEMAS DE CLIMATIZACIÓN Y AGUAS CALIENTES

JAVIER ALTAMIRANO VILLANUEVA

JOSE ALTAMIRANO SANCHEZ

FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA

JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ

FRANCISCO MANUEL CEJUDO AGUILAR

1 Introducción

El objetivo principal del sistema sanitario español es "garantizar la salud de los ciudadanos y usuarios, así como intervenir cuando se pierda", según el Instituto Nacional de Salud (1990). Estos pilares son interdependientes, lo que hace imposible mantener adecuadamente los servicios de salud si alguno de ellos estuviera ausente. Como resultado, se debe garantizar que el diseño de los edificios y el diseño de los equipos sea adecuado, que la construcción y el montaje de los equipos se realicen correctamente y que se proporcione un servicio de mantenimiento consistente y eficaz.

Todos los factores anteriores contribuyen a que los pacientes estén satisfechos con el sistema sanitario.

El usuario de un hospital busca calidad de atención, la cual está determinada por el logro de todos los objetivos del centro médico. El mantenimiento adecuado de las instalaciones médicas y el funcionamiento eficiente de todos sus servicios y equipos biomédicos tendrán un impacto directo en esto. La gestión de los hospitales también se ve afectada por un mantenimiento continuo, eficaz y eficiente, especialmente en términos de desembolsos financieros a corto y largo plazo. Entre dichos costos se deben contabilizar los de actualización, energía, gastos generales, costos de parada, etc. Estos costos podrían representar hasta el 4 o el 5 por ciento de los ingresos totales recaudados por el Ministerio de Salud. Un mantenimiento preventivo eficaz puede evitar que este coste se dispare.

2 Objetivos

Considere las ventajas de las tareas de mantenimiento a nivel hospitalario y cómo éstas afectan la calidad de la atención al paciente y la satisfacción laboral del personal de mantenimiento.

3 Metodología

En la revisión bibliográfica se utilizaron una variedad de bases de datos de estudios observacionales transversales descriptivos. En la búsqueda de los artículos necesarios en bases de datos científicas para completar el trabajo, se utilizaron como términos de búsqueda una serie de DECS (descriptor de salud). Mantenimiento, aire acondicionado, agua caliente, hospital y prestaciones son algunas de las palabras clave que se han utilizado.

4 Resultados

El mantenimiento hospitalario se define como "acciones destinadas a asegurar el correcto funcionamiento y aumentar la confiabilidad de los sistemas, instalaciones y equipos básicos de ingeniería del hospital, mediante la ejecución de actividades de organización, dirección, planificación, ejecución y control". Si bien el servicio de mantenimiento no produce beneficios por sí solo, como se mencionó anteriormente, previene un aumento de los costos a largo plazo y sirve como indicador del nivel de atención.

La prestación de servicios hospitalarios se traduce en:

- Agilidad en el diagnóstico de averías y fallos.

- Menos daños secundarios.
- Las revisiones se realizan con mayor frecuencia.
- Menos interrupciones en el lugar de trabajo.
- Se eliminan las revisiones que sean superfluas.
- Se reducen los problemas de desgaste.
- La eliminación de piezas no fiables.
- El Ahora se destaca más la importancia del mantenimiento de elementos, componentes y puntos críticos.

Además, le permite salvaguardar el área circundante, incluidos los entornos institucional y de pacientes, mejorando la seguridad. En general, se ha descubierto que el mantenimiento en el sistema de salud tiene muchos beneficios porque se basa en el cumplimiento de criterios muy simples, precisos, particulares, fáciles de comprender y cuyas tareas se realizan de manera sistemática.

Todo esto es ventajoso para los propios miembros del equipo de mantenimiento porque evita la pérdida de habilidades y experiencia y reduce la rotación de personal. Además, ofrece información general más completa sobre las instalaciones y lugares de trabajo. También se ha demostrado que se fomenta el trabajo en equipo, así como un aumento de la vida útil de los equipos.

El mantenimiento basado en la confiabilidad y la prevención incide, particularmente, en los sistemas de agua caliente y aire acondicionado, fundamentales para garantizar el correcto desempeño de los servicios sanitarios. Cuando hablamos de aire acondicionado, nos referimos al proceso de "crear condiciones de temperatura, humedad y limpieza del aire apropiadas para el confort interior".

Por lo tanto, los miembros del personal de mantenimiento deben estar familiarizados con los distintos tipos de aire acondicionado y calefacción, así como con los sistemas de distribución de agua, aire y vapor y otros elementos terminales.

5 Discusión-Conclusión

Los sistemas de salud deben mantenerse de manera consistente y confiable en una variedad de campos y entornos hospitalarios. Para el correcto crecimiento de las funciones de salud, el área de ventilación y aire acondicionado es crucial. Por ello, es crucial que estas instalaciones implementen planes de mantenimiento preventivo.

Los programas de mantenimiento preventivo implementados en la industria de la salud han producido excelentes resultados en términos de contención de costos, así como mejoras en la calidad de la atención al paciente, así como en cómo son los trabajadores de mantenimiento de contenidos con su trabajo.

Está demostrado que los programas continuos de mantenimiento preventivo tienen un impacto muy positivo en el mantenimiento de estos sistemas de aire acondicionado y en la garantía de la asistencia sanitaria.

6 Bibliografía

1. Triviño Merizalde, H. V., & Valderrama Palma, D. G. (2019).

Capítulo 587

EL CELADOR EN LA UCI

MARÍA DEL RIVERO ARTIME

1 Introducción

La unidad de cuidados intensivos (UCI), se creó para atender de manera eficaz y constante a todas aquellas personas que ingresan en esta unidad con un alto riesgo en sus funciones vitales.

En esta unidad trabaja un gran equipo de profesionales de distintas categorías, entre ellos se encuentran los celadores, el cual, es calificado como personal esencial, que quiere decir que tiene que haber disponibilidad de celadores 24 hora al día.

El personal ha de estar muy bien formado y preparado para atender de manera rápida y eficaz a cada uno de los pacientes, ya que cada paciente presenta unas dificultades y unos problemas diferentes, tiene que haber una buena comunicación entre profesionales, ya sea en los cambios de turno o durante el trabajo. El personal debe de tener los conocimientos actualizados y conocer bien los protocolos de la UCI.

Este servicio, suele estar situado en un extremo del hospital, de fácil acceso y bien equipado para atender cualquier urgencia que se pueda presentar en la institución.

La ropa de los pacientes y de los trabajadores son uno de los principales medios de transmisión de enfermedades, por lo que se requiere un alto nivel de desinfección en esta unidad. La adecuada higiene de las manos es la principal prevención de transmisión de enfermedades, por lo que el lavado de manos es la medida más efectiva, para reducir las infecciones seguido del cambio de uniformes cada vez que sea necesario.

Tiene que estar todo revisado y muy controlado para que exista un buen funcionamiento en esta unidad, aportando la mayor seguridad posible tanto pacientes como para los trabajadores.

2 Objetivos

el objetivo principal de este trabajo es conocer lo que es una unidad de cuidados intensivos y las funciones que tienen que llevar a cabo los celadores.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una búsqueda de diferentes trabajos científicos y casos clínicos vinculados a lo que es una unidad de cuidados intensivos y las funciones de los celadores en ella. También se ha buscado información en el temario de oposiciones del SESPA y trabajos relacionados.

4 Resultados

Muchos de los enfermos que ingresan en esta unidad, son enfermos que necesitan cuidados intensivos, ya sea porque presentan insuficiencia de algún tipo (respiratoria, cardíaca...), por estados de shock, infartos, por estar en coma por algún accidente o trauma, cuadros neurológicos graves, etc.

Todo el personal que trabaja en esta unidad ha de estar muy concienciado y cualificado para poder prestar una correcta y rápida atención.

Los celadores aparte de ser un profesional catalogado en esta unidad como esencial, ya que siempre tiene que haber un celador disponible, tiene la función del traslado de los pacientes que se encuentran en una situación grave, por lo que deberá hacerlo con cuidado intentando que sea en el menor tiempo posible.

Las funciones del celador en la UCI son:

- Traslado de los pacientes encamados con ayuda del resto del personal.
- Ayudar al servicio de enfermería, moviendo a los enfermos para la realización de pruebas u aseos diarios.
- Deberán conocer muy bien los protocolos de la unidad, y siempre acompañados del personal de enfermería o superiores, ya que muchos de los pacientes encamados están inconscientes o tienen restringida la movilidad, por lo que hay que llevar a cabo unos cuidados especiales en los que a veces hay que intentar mover aparatología en vez del propio paciente.

- Los pijamas o uniformes deberán ser asépticos, pudiendo usar pijamas de tela o desechables.
- Deberán hacer lavados de manos continuamente a pesar de la utilización de guantes.
- Vigilarán también el acceso y la salida de la unidad, controlando la estancia de los familiares que tengan permiso para ello.
- Trasladarán a los pacientes que requieran desplazamiento para la realización de algún tipo de prueba o intervención.
- Llevarán a los pacientes fallecidos a las salas de autopsias o al mortuorio si así se lo indican.
- Deberá cumplir y respetar todas las normas y protocolos de esta unidad.

5 Discusión-Conclusión

La unidad de la UCI está compuesta por un gran equipo de profesionales sanitarios y no sanitarios bien formados, y preparados, ya que es un servicio que puede generar un estado de miedo y ansiedad. Por eso es tan importante en este tipo de unidades especiales la actualización de protocolos de seguridad, y de cursos o conocimientos a los celadores y demás profesionales con el fin de introducir nuevas medidas que sean útiles para la mejora continua de la seguridad.

Los celadores a su vez, también tienen un cargo muy importante en esta unidad, puesto que el traslado de este tipo de pacientes y la gravedad que presentan, suponen un alto riesgo para el paciente y una gran responsabilidad para el celador y el personal que lo acompaña.

6 Bibliografía

- 1.https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos/#google_vignette
2. Temario de Oposición del SESPA
3. <https://revistamedica.com/celador-unidad-de-cuidados-intensivos/>
4. http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm#marc08

Capítulo 588

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA PUERTA DE ENTRADA HOSPITALARIA.

JOSE MANUEL GUTIÉRREZ CASTRO

ANTONIO GARCIA TOMAS

DAVID SÁNCHEZ GARCÍA

IZASKU RODRIGUEZ CUESTA

CRISTINA MORENO CUESTAS

1 Introducción

El papel del celador en la puerta de entrada hospitalaria es fundamental para garantizar el correcto funcionamiento y la seguridad de los pacientes, el personal médico y los visitantes. El celador desempeña una serie de funciones vitales que contribuyen a mantener el orden y la eficiencia en el ingreso y salida de personas en el hospital.

En primer lugar, el celador tiene la responsabilidad de recibir a los pacientes y visitantes en la puerta de entrada del hospital. Su presencia amable y acogedora ayuda a crear un ambiente hospitalario más cálido y reconfortante. Además, el celador debe estar atento a las necesidades especiales de los pacientes, como aquellos que requieren asistencia para moverse o transportar objetos voluminosos, y ofrecerles su apoyo.

Otra función esencial del celador es controlar el acceso al hospital. Esto implica verificar la identidad de las personas que ingresan y asegurarse de que tengan los permisos adecuados para acceder a determinadas áreas restringidas. Esta labor contribuye a mantener la privacidad y la seguridad de los pacientes, así como a prevenir situaciones de riesgo.

Además, el celador tiene un papel importante en la gestión del flujo de personas. En momentos de alta afluencia, debe organizar las colas y dirigir a los pacientes hacia las áreas correspondientes, evitando así congestiones y retrasos innecesarios. También puede proporcionar información básica sobre la ubicación de los diferentes servicios dentro del hospital, orientando a los visitantes perdidos o confundidos.

2 Objetivos

Dar a conocer las diferentes formas de entrada en un hospital, así como las funciones específicas del celador, y las precauciones que debe tomar en consideración.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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

Existen diversas formas de entrada en un hospital, cada una con sus particularidades y necesidades específicas. El celador, como encargado de la puerta de entrada, debe estar preparado para hacer frente a estas diferentes situaciones y desempeñar sus funciones de manera adecuada.

Una forma común de entrada es la llegada de ambulancias con pacientes de emergencia. En estos casos, el celador debe coordinar con el personal médico y asegurarse de que el paciente sea recibido de inmediato en el área correspondiente. Es crucial que el celador esté preparado para actuar con rapidez y eficiencia en situaciones de urgencia.

Otra forma de entrada es la llegada de pacientes programados para consultas o tratamientos. En estos casos, el celador debe asegurarse de que los pacientes sean dirigidos a la ubicación correcta, proporcionándoles la información necesaria y guiándolos hacia la consulta o la sala de espera correspondiente. Además, el celador debe estar atento a las necesidades de los pacientes, como brindarles apoyo para moverse o encontrar servicios adicionales.

Además de las funciones específicas del celador en la puerta de entrada hospitalaria, es crucial que tome precauciones adicionales para asegurar un entorno seguro y protegido. Estas precauciones son fundamentales para mantener la integridad del hospital y salvaguardar la salud y el bienestar de los pacientes, el personal médico y los visitantes.

Una de las principales precauciones que el celador debe tomar en consideración es garantizar que solo las personas autorizadas tengan acceso a áreas restringidas dentro del hospital, como las unidades de cuidados intensivos o los quirófanos. Esto implica verificar la identificación y los permisos correspondientes de aquellos que deseen ingresar a estas zonas sensibles. El celador debe estar atento a cualquier intento de acceso no autorizado y tomar medidas inmediatas para prevenir situaciones de riesgo.

Asimismo, el celador debe estar constantemente alerta ante situaciones de seguridad. Esto implica estar atento a la detección de objetos o personas sospechosas que puedan representar una amenaza para la seguridad del hospital. Si se observa alguna actividad sospechosa, es responsabilidad del celador informar de inmediato a las autoridades correspondientes y tomar las medidas necesarias para garantizar la seguridad de todos en el entorno hospitalario.

Además de estas precauciones, el celador también debe tener conocimientos básicos de primeros auxilios y saber cómo reaccionar en caso de emergencias médicas repentinas. Puede ser necesario brindar asistencia inicial a los pacientes o colaborar con el personal médico en situaciones críticas hasta que llegue ayuda adicional.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del celador en la puerta de entrada hospitalaria es de vital importancia para garantizar un ambiente seguro, organizado y acogedor. A lo largo de este ensayo, hemos explorado las diversas funciones específicas que desempeña el celador, desde recibir a los pacientes y visitantes hasta controlar el acceso a áreas restringidas y gestionar el flujo de personas.

El celador se convierte en el primer punto de contacto para aquellos que ingresan

al hospital, y su presencia amable y acogedora crea un ambiente hospitalario más humano. Además, su capacidad para adaptarse a diferentes situaciones y tomar precauciones adicionales, como garantizar la seguridad y prevenir el acceso no autorizado, son cruciales para mantener la integridad del hospital y proteger a pacientes y personal médico.

La labor del celador trasciende más allá de las tareas asignadas, ya que también se convierte en un apoyo invaluable en situaciones de emergencia, demostrando conocimientos básicos de primeros auxilios y colaborando con el personal médico.

En última instancia, el celador en la puerta de entrada hospitalaria desempeña un papel indispensable en la creación de un entorno hospitalario seguro, acogedor y eficiente. Su dedicación y diligencia contribuyen significativamente al bienestar de los pacientes, el personal médico y los visitantes, convirtiéndolo en un componente esencial del funcionamiento general de cualquier institución sanitaria.

6 Bibliografía

1. Pérez Alcocer, A. (2015). El papel del celador en el hospital.
2. Romero, M. D. A. G., Aznar, E. M., Giménez, C. P., Ibarben, M. T. B., Álvarez, Y.
3. F., & Villacampa, E. M. (2023). Funciones del celador en una planta de hospitalización. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(3), 218.
4. Núñez, D. M. (2009). *Manual Básico del Celador*. Lulu. com.
4. Llorca, D. A. (2013). *Cuestionario comentado del Celador de la Agencia Valenciana de Salud*. Editorial Club Universitario.

Capítulo 589

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA.

JOSE MANUEL GUTIÉRREZ CASTRO

ANTONIO GARCIA TOMAS

DAVID SÁNCHEZ GARCÍA

IZASKU RODRIGUEZ CUESTA

CRISTINA MORENO CUESTAS

1 Introducción

El servicio de farmacia hospitalaria es una unidad especializada dentro de un hospital que se encarga de la gestión y provisión de medicamentos a los pacientes internados y ambulatorios. Su principal objetivo es garantizar la seguridad, eficacia y eficiencia en el uso de los medicamentos, colaborando estrechamente con los profesionales de la salud para optimizar los tratamientos farmacológicos.

El equipo de farmacia de un hospital generalmente está compuesto por varios profesionales de la salud, cada uno con roles y responsabilidades específicas. Este equipo puede estar formado por Farmacéuticos hospitalarios, técnicos y auxiliares de farmacia, Pero también puede incluir otros profesionales como personal de gestión y servicios.

El celador destinado al servicio de farmacia hospitalaria es un miembro del personal de apoyo en un hospital que tiene responsabilidades específicas relacionadas con la logística y el transporte de medicamentos y suministros farmacéuticos dentro del servicio de farmacia y en todo el hospital.

Es importante que el celador destinado al servicio de farmacia hospitalaria conozca las funciones y precauciones a tener en cuenta en su trabajo. Aunque el celador no está directamente involucrado en el manejo de medicamentos o en la toma de decisiones farmacéuticas, su papel en el transporte y la logística de los productos farmacéuticos es fundamental para garantizar la seguridad y eficiencia en el servicio de farmacia.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer funciones y precauciones básicas que debe conocer el celador destinado al servicio de farmacia dentro del entorno hospitalario.

3 Metodología

Se llevará a cabo un análisis exhaustivo de la literatura existente sobre las responsabilidades del celador asignado al servicio de farmacia hospitalaria. Se realizará una revisión documental de diversas fuentes bibliográficas disponibles para recopilar datos relevantes. Se compararán y contrastarán los hallazgos encontrados con el fin de obtener una conclusión que integre la información recopilada.

4 Resultados

Aunque las responsabilidades específicas del celador destinado al servicio de farmacia pueden variar según las políticas y la organización de cada hospital, las funciones del celador destinado al servicio de farmacia hospitalaria pueden incluir:

- Recepción y almacenamiento de suministros: El celador puede ser responsable de recibir los suministros farmacéuticos y verificar su correcta entrega. También puede encargarse del almacenamiento adecuado de los medicamentos y productos farmacéuticos, siguiendo las normas y regulaciones establecidas.
- Transporte interno: El celador se encarga de transportar los medicamentos, suministros y equipos farmacéuticos dentro del servicio de farmacia y entre otras

áreas del hospital. Esto implica asegurarse de que los productos se entreguen de manera segura y oportuna, manteniendo la integridad de los medicamentos.

- Reposición de medicamentos: En algunos casos, el celador puede ser responsable de la reposición de medicamentos en las áreas de almacenamiento o en los carros de medicación. Esto implica revisar las existencias, reponer los medicamentos agotados y mantener los registros correspondientes.

- Colaboración con el personal de farmacia: El celador puede trabajar en estrecha colaboración con el personal de farmacia, asistiendo en tareas que requieran apoyo físico, como la carga y descarga de suministros, la preparación de pedidos o la organización del almacén.

El celador destinado al servicio de farmacia hospitalaria debe tener en cuenta varias precauciones importantes para garantizar la seguridad y la integridad de los medicamentos y suministros farmacéuticos. Algunas de estas precauciones incluyen:

- Manipulación adecuada: El celador debe manipular los medicamentos y suministros farmacéuticos con cuidado y siguiendo los protocolos establecidos. Esto implica evitar movimientos bruscos, sacudidas o golpes que puedan dañar los productos.

- Higiene y limpieza: Es fundamental que el celador mantenga una adecuada higiene personal, incluyendo el lavado de manos antes y después de manipular los medicamentos. Además, es importante asegurarse de que los carros, contenedores o equipos utilizados estén limpios y libres de contaminación.

- Identificación y etiquetado: El celador debe prestar atención a la correcta identificación y etiquetado de los medicamentos y suministros que transporte. Es importante verificar que los productos estén correctamente etiquetados, con información clara y legible, incluyendo nombre del medicamento, dosis, fecha de caducidad y cualquier otra información relevante.

- Temperatura y almacenamiento: El celador debe tener en cuenta las condiciones de temperatura y almacenamiento adecuadas para los medicamentos y suministros. Algunos medicamentos pueden requerir refrigeración o protección contra la luz, por lo que es importante seguir las instrucciones específicas para cada producto y asegurarse de que se mantengan en las condiciones adecuadas durante el transporte.

- Comunicación efectiva: El celador debe mantener una comunicación efectiva con el personal farmacéutico y de enfermería, informando de cualquier incidencia o problema relacionado con los medicamentos durante el transporte. Si hay alguna duda o inquietud sobre un medicamento o suministro, es importante comunicarlo de inmediato al personal responsable.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del celador destinado al servicio de farmacia hospitalaria es fundamental para garantizar la logística eficiente y segura de los medicamentos y suministros farmacéuticos dentro del entorno hospitalario. El celador debe tener en cuenta diversas precauciones para proteger la integridad de los medicamentos, prevenir errores y asegurar la calidad de la atención al paciente.

El conocimiento de las funciones y precauciones en el servicio de farmacia es esencial para que el celador pueda desempeñar su trabajo de manera efectiva.

Esto incluye la manipulación adecuada de los medicamentos, el cumplimiento de normas de higiene y limpieza, la correcta identificación y etiquetado de los productos, el cuidado de las condiciones de temperatura y almacenamiento, y la comunicación efectiva con el personal farmacéutico y de enfermería.

Al seguir estas precauciones, el celador contribuye a garantizar la seguridad del medicamento y la calidad de la atención farmacéutica en el hospital. Su colaboración estrecha con el personal de farmacia y el resto del equipo de atención médica es fundamental para brindar una atención integral y segura a los pacientes.

6 Bibliografía

1. Crespo, A. R., Alamillo, M. Á. T., & Ortuño, B. R. Funciones del celador en la atención sanitaria. Lulu. com.
2. Pérez Alcocer, A. (2015). El papel del celador en el hospital.
Romero, M. D. A. G., Aznar, E. M., Giménez, C. P., Ibarben, M. T. B., Álvarez, Y.
3. Llorca, D. A. (2013). Cuestionario comentado del Celador de la Agencia Valenciana de Salud. Editorial Club Universitario.
4. Llorca, D. A. (2013). Manual básico del celador de la Agencia Valenciana de Salud.
Editorial Club Universitario.

Capítulo 590

EL CELADOR Y LA MOVILIZACIÓN DE LOS PACIENTES MÓRBIDOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

JOSE MANUEL GUTIÉRREZ CASTRO

ANTONIO GARCIA TOMAS

DAVID SÁNCHEZ GARCÍA

IZASKU RODRIGUEZ CUESTA

CRISTINA MORENO CUESTAS

1 Introducción

Existe una tendencia creciente en la sociedad actual a la obesidad y el sobrepeso en la población mundial. Esta tendencia además de forjar serios problemas económicos para las instituciones y de salud para la población, supone un inconveniente añadido a la hora de que estos individuos se enfermen y demanden de asistencia hospitalaria, ya que en el desempeño del celador, a medida que aumenta el peso de un paciente, aumentan exponencialmente los riesgos de golpes o de trastornos músculo esqueléticos tanto en las extremidades superiores así como en la espalda (incurriendo en lumbalgia, posibles ciáticas, hernia discal) o microroturas por traumatismos repetitivos.

Basándose en la actual y nefasta tendencia poblacional a la obesidad y al sobrepeso: la previsión y las cifras que se obtienen es que en 2027 se llegara a una población con sobrepeso y corpulencia que se vea incrementado hasta en un

18 % más. Haciendo el seguimiento de la evolución y exponencial aumento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad, se prevé que en el 2030 que el 85 % de la población presente algún tipo de sobrepeso u obesidad.

Este incremento de peso hacia la salud supondrá:

Un incremento en la posibilidad en un individuo de padecer cáncer o una enfermedad o patología cardiovascular en la población.

Un incremento exponencial del gasto sanitario para las instituciones. Se prevé un sobrecoste médico y hospitalario directo del 59 %.

Para detener esta tendencia tan creciente al sobrepeso, habría que aplicar diversas y diferentes medidas en varios frentes. Se debe tener en consideración que la obesidad interfiere y dificulta las tareas de movilización y la traslación de los enfermos así como condiciona la tarea que desarrolla el celador debido al peso.

El trabajo del celador está directamente vinculado totalmente a la manipulación manual tanto de pacientes enfermos como de las posibles cargas; por lo que el incremento de peso de los pacientes enfermos supone un elemento importante en su actividad.

2 Objetivos

- Dar a conocer las técnicas básicas de movilización y el material disponible para llevar a cabo un traslado.
- Determinar los diferentes constituyentes de riesgo que supone el manejo y el traslado de pacientes enfermos con obesidad y sus medidas preventivas.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador, respecto a un paciente, realiza las tareas y desempeños de:

Preparación y acomodación del paciente del aparataje o material (Grúa, transfer).

Preparación del mismo paciente.

Transferencia del paciente (camilla ambulancia a cama, de cama a camilla o a silla).

Traslado del paciente (en silla o cama).

Movilización del paciente en la cama. Estas tareas constituyen principalmente manipulación de cargas, y por tanto debe tenerse en consideración el riesgo dorso-lumbar que el manejo de este tipo de enfermos puede tener sobre el celador.

Además, la transferencia de un paciente obeso presenta una serie de dificultades inherentes al manejo y el manejo de enfermos, agravadas por el elevado peso y tamaño de este tipo de enfermos.

Recomendaciones básicas:

Los enfermos con sobrepeso u obesidad, suelen ser pacientes enfermos con comorbilidades bastante graves, suelen tener una patología médica asociada a por norma general a su obesidad y que esta se ve agravaba a la evolución de otras patologías.

Aplicar un tratamiento individualizado evitando la estigmatización.

No intentar movilización sin ayuda.

El celador, respecto a un paciente, realiza las tareas de:

Preparación y acomodación del paciente del aparataje o material (Grúa, transfer).

Preparación del mismo paciente.

Transferencia del paciente (camilla ambulancia a cama, de cama a camilla o a silla).

Traslación del paciente (en silla o cama).

Movilización del paciente en la cama. Estas tareas constituyen principalmente manipulación de cargas, y, por tanto, debe tenerse en consideración el riesgo dorso-lumbar que el manejo de este tipo de enfermos puede tener sobre el celador.

Además, la transferencia de un paciente obeso presenta una serie de dificultades inherentes al manejo y el manejo de enfermos, agravadas por el elevado peso y tamaño de este tipo de enfermos.

Recomendaciones básicas:

Los enfermos con sobrepeso u obesidad, suelen ser pacientes enfermos con comorbilidades bastante graves, suelen tener una patología médica asociada a por norma general a su obesidad y que esta se ve agravaba a la evolución de otras patologías.

Aplicar un tratamiento individualizado evitando la estigmatización.

No intentar movilización sin ayuda.

Los métodos de movilización y traslado de enfermos (levantarlos, bajarlos, sostenerlos, empujarlos o tirar de ellos) pueden ser:

- Método manual:

Los realiza el personal celador manipulando su propia fuerza y aprovechando la posible colaboración y participación del paciente.

Con módulos de ayuda menores: se utilizan sábanas de baja fricción- deslizamiento, roller cinturones ergonómicos, tabla giratoria para los pies, barra trapecoidal acoplada a la cama, etc.

Con dispositivos de ayuda grandes, mediante equipos de elevación electromecánicos elevador o grúa, pueden ser manuales o eléctricos, cama regulable, etc.

Elementos de riesgo en el manejo de individuos obesos:

Riesgos relacionados con la tarea:

Fuerza: esfuerzo físico requerido para efectuar la tarea (como levantar, empujar o tirar de una carga) o para mantener el control de equipos y herramientas.

Repetición: realización del mismo movimiento/s de manera continua o frecuente durante la jornada de trabajo.

Posiciones forzadas: utilización de posturas corporales estresantes, como, por ejemplo: inclinarse sobre una cama, arrodillarse o girar el tronco al elevar una carga.

Riesgos conexos con el paciente:

Las normas y pautas para levantar una carga de forma y modo seguro no siempre son aplicables, ya que un paciente no es una carga.

No se puede sujetar al paciente manteniéndolo cerca del cuerpo.

El paciente no tiene asidero.

Las consecuencias que pueden surgir mientras se realizan y movilizan a un paciente son imprevisibles.

El paciente es voluminoso.

Riesgos relacionados con el entorno:

Peligro de tropezones, resbalones y caídas.

Superficies de trabajo y movimientos irregulares.

Limitaciones de espacio (habitaciones pequeñas, o demasiada de equipos).

5 Discusión-Conclusión

Lo que extraemos de este artículo en cuanto a la movilización de personas con sobrepeso u obesos, lo principal es atajar esta tendencia creciente hacia el sobrepeso-obesidad en la comunidad mediante campañas de formación, apoyo hacia un fomento de dieta saludable y ejercicio. Mientras no se encuentre una

solución a esta situación social-sanitaria, todo el personal que se ve afectado, entre ellos el celador, debe tener controlados los elementos de riesgo y las medidas preventivas que le permitan reducir los impactos y las lesiones músculoesqueléticas, ya que sus tareas se centran en el manejo de cargas. Sin olvidar que un paciente enfermo con sobrepeso: es un paciente y nunca una carga.

6 Bibliografía

1. Índice de masa corporal; Determinantes de la salud (sobrepeso, consumo de frutas y verdura, tipo de lactancia, actividad física; INE 2019.
2. Álvaro Hernáez, M. Dolores Zomeño, Irene R. Dégano, Silvia Pérez-Fernández, Alberto Goday, Joan Vila, Fernando Civeira, Ricardo Moure, Jaume Marrugat; Exceso de peso en España: situación actual, proyecciones para 2030 y sobrecoste directo estimado para el Sistema Nacional de Salud; Revista Española de Cardiología vol. 72 núm. 11 pag. 916-924 nov2019.
3. Ricardo Robles Orozco, M.C. Cháfer Gomar, Juan Antonio Pingarrón López y Raquel Cardenete Reyes; El traslado del paciente obeso; Revista de Formación para Técnicos de Emergencias Sanitarias. Sira Ediciones S.L. enero-marzo 2020.
4. Cabezas García, Víctor Raúl; Prevalencia de trastornos musculo- esqueléticos relacionados con el trabajo en profesionales de los servicios de rehabilitación y/o unidades de fisioterapia; página 55; Universidad de Alcalá; 2017.

Capítulo 591

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL ÁMBITO SANITARIO Y LA GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

DOLORES GIRÓN MOTA

1 Introducción

La Historia Clínica tiene como función la recogida de toda la información clínica importante que se ha ido creando durante la atención asistencial que ha ido recibiendo el paciente a lo largo del tiempo, que incluye los profesionales que le han atendido, las pruebas realizadas y el tratamiento aplicado. Fue gracias a la promulgación de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre donde se le da el valor y una definición contextual precisa, aunque ya su origen se remonta a 1986 con la Ley General de Sanidad de 14/1986 de 25 de abril que pone el relevancia los derechos de los ciudadanos en su interrelación con el sistema sanitario en cuanto a que quede por escrito el proceso asistencial recibido por el paciente, la obtención de certificados acreditativos de su salud del paciente así como del informe de alta al finalizar la asistencia sanitaria.

En los Servicios de Salud se realizan múltiples trabajos administrativos, siendo la figura del auxiliar administrativo el que se encarga de atender las dudas, reclamaciones y sugerencias de los usuarios, gestionar la mayoría de documentos y trámites, organizar la documentación perteneciente a la historia clínica, custodiar y conservar los documentos generados para su posterior archivo, en definitiva son un apoyo fundamental en las tareas administrativas asistenciales propias de la Institución.

2 Objetivos

- Exponer la importancia de la historia clínica dentro del sistema sanitario y la labor del auxiliar administrativo en su gestión.

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 referente a la elaboración de la historia clínica y la labor en su gestión por parte del auxiliar administrativo. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, y Scielo.

4 Resultados

El centro médico debe de guardar de modo seguro estos datos, garantizando su privacidad, seguridad y la posibilidad de consulta por parte de los profesionales sanitarios que la necesiten en el ejercicio de sus funciones, siempre que tengan autorización para hacerlo. En la actualidad, para evitar un descontrol a la hora de acceder a las historias clínicas, se establecen mecanismos de acceso, estableciendo software de gestión médica en la nube.

Es responsabilidad del personal sanitario que asisten al paciente, que los datos aportados e integrados de la Historia Clínica, sean exactos y veraces. Además se caracteriza por tres cuestiones importantes: es única, ya que se refiere personalmente a un paciente; es acumulativa porque todos los documentos e informes que se vayan generando se van acumulando a la historia clínica; y por último es integrativa, es decir, ella contiene todos los estadios de salud y enfermedad por los que ha pasado el paciente.

Antiguamente, la historia clínica se almacenaba en papel, como todos los documentos en cualquier ámbito administrativo, pero en la actualidad ha sido sustituida progresivamente por la historia clínica electrónica en soporte informático, gracias al avance tecnológico, aunque a veces suelen coexistir los dos formatos. Se realizan lo que se llaman expurgos de los documentos para digitalizar todo lo que se pueda, y lo que no se sigue conservando en formato tradicional.

Los Auxiliares Administrativos a través del formato digital de la historia clínica, pueden encontrar, organizar, entregar y visualizar todos los datos de cualquier

paciente que han sido asistido tanto en la atención primaria como en la especializada. Además, tienen el deber de secreto profesional, es decir, velar por no desvelar información o aquellos datos de los que tienen conocimiento con motivo de su desarrollo profesional.

El deber de la protección de datos no solo afecta a los datos contenidos en la historia clínica, existen más datos sujetos a la protección de datos, que el auxiliar administrativo debe de resguardar por muy básicos que parezcan, como es el nombre y apellidos, el domicilio, o el teléfono. El secreto profesional y el código ético deben guiar sus conductas. Así lo dicta la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, relativa a la Protección de Datos de Carácter Personal.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo de la historia clínica es la de facilitar la asistencia sanitaria, ya que permite el conocimiento del estado de salud del paciente a través de todos los datos recogidos a lo largo del proceso de su enfermedad, ya que así mismo es un derecho del paciente que quede constancia tanto cuando acude al Servicio de Atención Primaria como en los de Atención Especializada.

Los auxiliares administrativos del ámbito sanitario deben conocer que es una historia clínica, que datos mínimos identificativos del enfermo deben contener, saber abrir una historia cuando el paciente no haya sido todavía dado de alta como beneficiario para que pueda ser atendido por el profesional sanitario, gestionar los documentos internos administrativos, entre otras funciones. De ahí nace la importancia de la necesidad de una formación actualizada ante las distintas normativas que vayan saliendo, ante los nuevos programas informáticos que se apliquen, en definitiva, ser un buen profesional en el desarrollo de sus funciones.

6 Bibliografía

1. Se han utilizado palabras clave en buscadores como: historia clínica del paciente, auxiliar administrativo, historial médico de un paciente.
2. 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.
3. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, relativa a la Protección de Datos de Carácter Personal.

Capítulo 592

EL PERSONAL DE CELADOR EN CUANTO A LA MANIPULACIÓN DE CARGAS EN EL CENTRO HOSPITALRIO

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 allí 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 tiene que realizar 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 personal de celador forma parte del personal que ejercen sus funciones en los servicios sanitarios y cuyas funciones que vienen

desempeñando en dichos centros, 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 hace 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 estatuario, 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 cuanto a la manipulación de cargas dentro de un centro hospitalario.

Se puede definir manipulación de una carga como cualquier operación que sea de transporte o de sujeción de una carga o que sea llevada a cabo por parte de uno o varios trabajadores.

2 Objetivos

Uno de los objetivos que persigue este trabajo es explicar las funciones que desempeña el celador en cuanto a la manipulación de cargas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 de Resultados, hablaremos sobre las diferentes pautas que existen para transportar o levantar una carga pesada por parte del personal de celador de un centro sanitario.

Estas pautas son las siguientes:

Para poder planear el levantamiento de una forma correcta seria necesario:

- utilizar las ayudas mecánicas que sean efectivas.
- pedir ayuda a otros compañeros siempre que el peso de la carga sea mucho para hacerlo una sola persona o bien cuando el uso de una ayuda mecánica no es efectiva.
- cuando el celador se ponga a movilizar a un paciente enfermo es posible que el paciente haga movimientos impredecibles cambiando su centro de gravedad. Por lo tanto, se recomienda que esta movilización del paciente se haga con más de un celador.
- el celador deberá llevar puesto tanto el calzado antideslizante como una vestimenta adecuada.
- se deben de colocar los pies divididos para así conseguir una postura estable, colocando un pie más adelantado que el otro.
- para adoptar la postura del levantamiento, es necesario que el celador doble las extremidades de forma que la espalda la mantenga siempre derecha y no erguida.
- mantener la espalda derecha hace que la espina dorsal, los músculos y los órganos abdominales se establezcan en una alineación correcta.
- es necesario que el cuello y la espalda continúen la alineación de la espalda.
- la carga se debe de coger firmemente utilizando las dos manos.

Realizar el levantamiento de la carga de forma suave:

- se debe de levantar delicadamente.
- no se deben de hacer tirones a la hora de levantar la carga.
- evitar los giros bruscos.
- evitar siempre desplazar la carga de forma brusca.
- mantener la carga siempre pegada al cuerpo.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir este capítulo se puede decir que para realizar de forma correcta la manipulación de una carga por parte del celador esta ha de estar siempre entre la altura de los nudillos y el hombro.

La posición de carga más desfavorable es la que tomamos cuando esta se encuentra separada del cuerpo a una altura comprendida entre la cabeza y la altura del hombro del celador.

El personal de celador siempre se podrá ayudar de mecanismos para reducir el peso de la carga, como puede ser el uso de una grúa.

La figura del celador es fundamental y es muy importante que el celador conozca todos estos detalles para que pueda evitar lesiones debido a las malas posturas.

6 Bibliografía

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

Capítulo 593

EL CELADOR Y SU ACTUACIÓN EN LA UNIDAD DE NEONATOS DE UN CENTRO HOSPITALARIO

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 unidad de neonatos.

En la unidad de neonatos debemos tener en cuenta que los profesionales de la salud que trabajan en esta área deben de cumplir determinadas características, principalmente por la especificidad del espacio en el que se encuentra.

2 Objetivos

- Mostrar quién es el personal de celador que desempeña sus funciones en un centro hospitalario.
- Exponer las funciones del celador en la unidad de neonatos de un hospital.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Las funciones que se cumplen en el área de neonatos están relacionadas con la parte específica del trabajo y presentan unas características concretas de dicha área.

El profesional de la salud celador, lleva a cabo las siguientes funciones en el servicio de Neonatología:

- Desde que el neonato llega a dicha planta, el celador es frecuentemente el que lo traslade. Teniendo en cuenta que en muchos casos presenta el paciente un estado delicado de salud, es importante que el trabajador sepa que el cambio de espacio debe de ser lo más pausado, tranquilo y silencioso posible, ya que el neonato es muy propenso a la alteración por ruidos y vibraciones.
- Dado que es frecuente que el traslado se haga en una incubadora, el celador debe de tener presente dichas características para hacerlo de la manera más acorde posible a lo anterior. Otra de las características que tiene el trabajo dentro del área de neonatos está relacionada igualmente con la calma, la efectividad y la organización en el trabajo. Es fundamental para dichos pacientes que la observación y la atención sea constante, ya que tienen en muchos de los casos un estado de salud delicado.
- El celador debe de atender en todo momento a las órdenes del resto de las necesidades del personal que se encuentre en dicha planta. El mismo debe de saber que sus funciones principales van enfocadas directamente a la adaptación del espacio en el que están, pero con el conocimiento de que otra de sus tareas es ayudar a las enfermeras y resto del personal en lo que se le demande.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada 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 calidad e integral.

El ser conocedor y estar formado va a favorecer la comunicación positiva con el equipo de salud con el que trabaja y puede llegar a reconocer ciertos signos de la enfermedad para comunicarlo. Por ello, el celador forma parte de este equipo multidisciplinar que atiende integralmente a los neonatos.

La labor del celador en la planta de neonatología está muy relacionada con las generales que realizan en el resto del hospital. No obstante, las mismas deben de estar adaptada al espacio en el que se encuentra.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 594

EL PERSONAL DE CELADOR Y SUS FUNCIONES EN LA SALA DE AUTOPSIAS DE UN CENTRO HOSPITALARIO

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 allí 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 tiene que realizar 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 personal de celador forma parte del personal que ejercen sus funciones en los servicios sanitarios y cuyas funciones que vienen

desempeñando en dichos centros, 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 hace 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 estatuario, 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 sala de autopsias.

Definiremos como autopsia a la herramienta tradicional de diagnóstico que supera la prueba del tiempo con unos magníficos resultados tanto en los campos de la docencia, de la investigación, como en el control de la calidad, además de la información que proporciona económica.

2 Objetivos

Conocer las funciones del celador en la sala de autopsias 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

En el servicio de autopsias, el personal de celador se le conoce como celador auxiliar de autopsias y tendrá que hacer las funciones de auxilio y tendrá que ayudar al personal facultativo que en este caso serian los forenses.

Por lo tanto, en este apartado vamos a describir cuales son las tareas que tiene que realizar el personal de celador en la sala de autopsias y que son las siguientes:

- El celador se encargará de sacar el cuerpo del congelador y ponerlo en la mesa de autopsias o donde el patólogo le indique.
- El celador también se encargará de hacer cualquier trabajo adicional como pueden ser las transferencias de archivos u otras tareas que le indique el personal médico.
- El celador se encargará de preparar al cadáver para poder realizarle la autopsia.
- El personal de celador tendrá que colocar el cadáver en la posición de decúbito supino.
- No podrá dejar entrar en la sala de autopsias a ningún personal no autorizado.
- El celador tratará el cadáver igual que si estuviese vivo.
- Mientras el medico hace la autopsia, el celador lo ayudara en lo que necesite como seria realizar los movimientos del cadáver que sean necesarios para practicarle la autopsia.
- El celador también se encargará de hacer el pesaje de órganos, anotaciones etc.
- El personal de celador también se encargará de recomponer y asear al cadáver una vez que el profesional sanitario ha terminado de realizar la autopsia.
- El celador será el encargado de limpiar la sala de autopsias de la mesa y material utilizado en la autopsia.

-El celador se encargará también de llevar las muestras al servicio de anatomía patológica además de repartir los resultados de las biopsias y citologías del centro.

5 Discusión-Conclusión

En este trabajo hemos podido ver la importancia que tiene la actuación del celador en este servicio de autopsias en anatomía patológica, hay que tener en cuenta que el papel que desarrolla el celador dentro de este servicio es el de auxiliar, debiendo que cumplir las indicaciones del médico forense encargado en realizar la autopsia, siempre y cuando no haya que hacer uso del instrumental sobre el cadáver, en este caso esta no será función del celador, en todo momento deberemos de tratar al fallecido con respeto, consideración y seriedad. Hemos podido ver la importancia de este servicio a la hora de esclarecer los motivos de la muerte del fallecido.

Por último, decir que el papel del celador dentro de una Institución Sanitaria es fundamental y es siempre requerido en cualquier servicio.

6 Bibliografía

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

Capítulo 595

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN SITUACIONES DE EMERGENCIA HOSPITALARIA

CARLOS JESUS CARMONA HIDALGO

JORGE FRANCISCO MARTÍN MAZA

PABLO MARTÍN ESCABIAS

1 Introducción

De entre todas las situaciones que pueden producirse en el entorno hospitalario, una de las menos frecuentes, pero con mayor peligrosidad, es la situación de emergencia hospitalaria.

Para comprender mejor el concepto de emergencia, puede hacerse referencia a la definición según el Instituto de Seguridad y Salud en el trabajo, el cual define "emergencia" como una situación imprevista que puede provocar daños al medio ambiente, los bienes o la salud de las personas, de forma individual o colectiva, y que puede, en ocasiones, devenir en una situación de riesgo grave, catástrofe o calamidad pública. Así pues, una emergencia hospitalaria se podría entender como un accidente o acontecimiento inesperado, producido en el entorno hospitalario, que pone en riesgo los bienes, equipos y, más importante, la salud de los trabajadores sanitarios y los pacientes.

Dentro de los posibles escenarios que pueden derivar de la emergencia, uno de ellos es el de la necesidad de realizar una evacuación parcial o total del hospital. Dentro de esta situación el rol del celador es fundamental, por lo que se hace

necesario conocer las competencias y protocolo de actuación del celador en una situación de emergencia hospitalaria para poder reducir al máximo posible la posibilidad de daños y víctimas derivadas de una posible situación de emergencia hospitalaria.

2 Objetivos

En este artículo, se pretende realizar un acercamiento a dicha situación para abordar la actuación del celador en el marco de una emergencia hospitalaria.

3 Metodología

Para la elaboración de este artículo se ha realizado una búsqueda recopilación y revisión bibliográfica referente a procedimientos de actuación del celador en situaciones de emergencia hospitalaria, acotando y seleccionando los elementos más significativos para el ámbito de trabajo del profesional celador para su posterior síntesis en este artículo.

4 Resultados

Dentro de las situaciones de emergencia que pueden darse dentro del entorno hospitalario, una de las más peligrosas por los efectos que se producen al propio sistema de gestión y peligro para los trabajadores y pacientes son las propias situaciones de emergencia internas que pueden darse en el centro sanitario.

Diversos son los procesos que pueden causar una situación de emergencia en un centro sanitario, pudiendo mencionar algunos tales como bombas, accidentes químicos, terremotos o, más frecuentemente, situaciones de incendio, el cual puede producirse por fallos en la maquinaria, sistema eléctrico o productos inflamables entre otras causas.

En función de su gravedad, existen tres niveles en los que se puede clasificar una situación de emergencia:

1-Conato de emergencia: siendo el de menor gravedad, al poder ser controlado de forma local por los propios medios de los que dispone el centro.

2-Emergencia parcial: de mayor gravedad que el anterior, requeriría la respuesta de equipos especializados, y podría requerir una evacuación parcial de área del centro afectado.

3-Emergencia general: reviste el mayor grado de gravedad, requiere el apoyo de todos los medios del centro y de ayuda externa, igualmente, requeriría el desalojo parcial o total del centro.

Como primera medida frente a una emergencia estaría la medida preventiva, que consistiría en tener un plan de respuesta frente a emergencias. En dicho plan, se establecen las pautas de prevención, detección, alerta temprana y respuesta frente a situaciones de emergencia, identificando y organizando todos los recursos preventivos y de respuesta disponibles, organizando y definiendo las competencias del personal ante las diferentes situaciones de emergencia.

Dentro de las situaciones de emergencia, como se ha enunciado anteriormente, hay situaciones que requerirán la evacuación del personal y de los pacientes, ya sea de una área del centro, o de todo el centro, dentro de estas situaciones, cabe reseñar las funciones del personal celador en la respuesta ante la emergencia, que serían las siguientes:

- En caso de detectar una situación de emergencia. Seguir siempre la norma PAS (Proteger, Avisar, Socorrer). Se deberá dar aviso inmediato, y se intentará controlar la situación y prestar socorro medida de sus posibilidades hasta la llegada del responsable de respuesta, siempre deberá evitar ponerse uno mismo en riesgo. En caso específico de incendio, se deberá asegurar una vía de escape y avisar del incendio a la mayor brevedad posible y seguir las indicaciones del equipo de emergencia. Si el fuego es controlable, se podrá intentar extinguir con acciones sencillas (recordando la norma PAS), si no es controlable, se cerrarán puertas para evitar la expansión, en caso de peligro, se deberá abandonar inmediatamente el lugar. En caso de amenaza de bomba, se dará aviso inmediato, se intentará recabar toda la información posible, y se abandonará el lugar dejando abiertas puertas y ventanas, en caso de objetos sospechosos, nunca manipular.
- Se acatarán las órdenes del jefe de personal y del personal sanitario.
- Se trasladarán los enfermos a los lugares designados con la mayor diligencia posible.
- Se cerrarán ventanas de servicios y almacenes.
- Se paralizarán montacargas y ascensores.
- Recepción de los servicios externos de auxilio.

En caso de que se deba realizar una evacuación, se deberá seguir el criterio de prioridad en la evacuación, priorizando primero las personas, y luego los bienes materiales, dentro de la prioridad dentro de las personas, el criterio sería el siguiente:

1º Los primeros en evacuar serán aquellas personas que puedan moverse de forma autónoma.

2ºSeguidamente, se moverán los enfermos encamados que se localicen más lejos de la salida.

3ºFinalmente, se evacúan los pacientes encamados situados más lejos de las salas.

A la hora de efectuar una evacuación hay unas normas generales que deberán tenerse en cuenta:

- Mantener la calma y evitar generar alarma.
- Eliminar puertas y obstáculos en la ruta de evacuación.
- Seguir siempre la ruta de evacuación señalizada.
- En caso de oscuridad, desplazarse pegado a la pared, agruparse con otras personas.
- Efectuar la evacuación con rapidez, evitar aglomeraciones y gritos.
- No se cogerán objetos personales, ni se detendrá a recoger objetos que se caigan.
- Estar atentos a las persona evacuadas para evitar crisis nerviosas.
- Prohibir la entrada a zonas evacuadas.
- Mantener la tranquilidad y el orden en la zona de recepción de evacuados.
- Mantener cerradas puertas y ventanas.
- Desconectar enchufes.
- Asegurar que se tiene vía de comunicación telefónica disponible.

En caso de incendio:

- Antes de abrir una puerta, tocarla, si está caliente, no abrir, buscar salida alternativa.
- En caso de humo, desplazarse lo más cerca del suelo posible, taparse la boca y nariz con un paño húmedo.
- En caso de quedar atrapado por el fuego, cerrar puertas y colocar toallas húmedas para evitar la entrada de humo, pedir auxilio por las ventana.
- En caso de que la ropa prenda, tirarse al suelo, cubrirse el rostro con las manos y rodar sobre uno mismo. Se podrá arrojar una manta u objeto no inflamable para ahogar el fuego.

Dentro de las formas de evacuación de los pacientes, se podrá realizar la evacuación de las siguientes formas:

- Por levantamiento, si el paciente es ligero, dependerá si hay uno o varios profesionales disponibles. Es el método de evacuación más rápido. Un profesional podrá llevarlo apoyado sobre sus hombros y cogiendo las piernas por los brazos. Dos profesionales pueden llevarlo cogido de las extremidades, por arrastre cogida de los hombros, con con el método de silla a dos manos. Tres o cuatro profesionales podrán transportarlo con el método de la silla a tres o cuatro manos.

-Por arrastre: podrá ser arrastre directo del paciente (cogiéndolo de las axilas o las muñecas, o ayudados por una manta), arrastre con silla (ninguno de estos dos métodos se podrán realizar cuando hay escaleras), o con colchón o colchoneta, siendo el más seguro pero requiere de gran esfuerzo.

5 Discusión-Conclusión

Las situaciones de emergencia hospitalaria, si bien son excepcionales, son situaciones posibles que perturban en gran medida la dinámica de un centro sanitario, pudiendo llegar a comportar graves riesgo sobre la salud de los usuarios y profesionales así como los bienes y acabar en tragedia si la respuesta ante la emergencia no es adecuada.

Es, por ello, necesario tener un plan de respuesta ante emergencias que ayude a prevenir e identificar además de diseñar una respuesta ante la emergencia para minimizar el riesgo. Es igualmente necesario para el profesional conocer sus funciones y actuar adecuadamente para evitar complicaciones que puedan agravar una situación de riesgo. La actuación de los profesionales ante una emergencia es la que puede marcar el grado de protección del usuario del centro evitando catástrofes y tragedias ante hechos imprevistos.

6 Bibliografía

De Albacete, C. H. U. (n.d.). Evacuación de enfermos. Plan de Emergencias. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. https://www.chospab.es/plan_emergencias/evacuacion.htm

Egs, F. (n.d.). Campus Virtual. <https://campusformacion.net/nuevocampus/panel.php>

Emergencias - INSST - Portal INSST - INSST. (n.d.). Portal INSST. <https://www.insst.es/materias/riesgos/seguridad-en-el-trabajo/emergencias>

Fernández-Escribano, M., & Prieto-Morales, M. (2019). Celador. Información de Prevención de Riesgos Laborales. <https://doi.org/10.4321/repisalud.9099>

Inicio. (n.d.). <https://www.cgtsanidadlpa.org/>

J, C. L. a. F. (2021, May 27). Plan de emergencia y evacuación para la unidad de cuidados intensivos del Hospital Entremares. <http://dspace.umh.es/handle/11000/27356>

Portada. (n.d.). <http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/index.php?id=portada>

Capítulo 596

EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO CON LA GESTIÓN DE QUEJAS Y SUGERENCIAS EN EL ENTORNO SANITARIO

ELENA TORRALBA FERNÁNDEZ

FRANCISCO AMARILLO GARCÍA

IVÁN GONZÁLEZ PIÑERO

CRISTINA PÉREZ PÉREZ

BEATRIZ PEREZ PEREZ

1 Introducción

La gestión de quejas y sugerencias en el entorno sanitario es un aspecto fundamental para asegurar la calidad de la atención médica y el bienestar de los pacientes. Los auxiliares administrativos sanitarios desempeñan un papel esencial en este proceso al ser la primera línea de contacto con los pacientes y sus familiares. La recopilación, documentación y canalización adecuada de quejas y sugerencias contribuyen a la mejora continua de los servicios de salud y a la resolución efectiva de los problemas que puedan surgir en el ámbito médico.

En esta revisión, exploraremos en detalle el trabajo de los auxiliares administrativos sanitarios en la gestión de quejas y sugerencias en el entorno sanitario. Analizaremos las funciones clave que desempeñan, su importancia en la promoción de una cultura de seguridad y calidad, y su contribución a la mejora continua de los servicios de salud. También destacaremos la relevancia de la confidencialidad y el respeto por la privacidad de los pacientes en este proceso.

La gestión de quejas y sugerencias no solo es un componente esencial para garantizar la satisfacción del paciente, sino que también es un indicador de la calidad y la ética en la atención médica. Los auxiliares administrativos sanitarios tienen la responsabilidad de manejar esta información de manera eficiente y efectiva, colaborando con otros profesionales de la salud para garantizar una atención óptima y segura.

2 Objetivos

Dar a conocer los principales trabajos a realizar por el auxiliar administrativo en la gestión de quejas y sugerencias de los pacientes que acuden a un centro 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 abril de 2023 y julio de 2023.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (“complaints and health suggestions” OR complaints and suggestions”) AND (“health administrative” OR administrative OR “administrative assistant”).

4 Resultados

La administración de la agenda médica es un componente esencial en el funcionamiento eficiente de cualquier entorno de atención médica. En este contexto, el rol del auxiliar administrativo adquiere gran relevancia, ya que es responsable de gestionar y organizar la agenda médica de manera efectiva. Aunque su labor pueda parecer principalmente administrativa, su capacidad para coordinar citas, mantener la comunicación con pacientes y profesionales de la salud, y asegurar

un flujo ordenado de pacientes es fundamental para una atención de calidad. A continuación, exploraremos cómo el auxiliar administrativo maneja esta tarea y su importancia en el entorno sanitario:

- **Coordinación de Citas:** El auxiliar administrativo se encarga de agendar y coordinar las citas médicas de manera que se optimice el tiempo y los recursos disponibles. Esto implica asegurarse de que el horario del médico esté bien estructurado y que los pacientes sean programados de manera adecuada.
- **Comunicación Efectiva:** El auxiliar administrativo se comunica con los pacientes para recordarles sus citas, confirmar su disponibilidad y proporcionar información relevante sobre los preparativos previos a la cita.
- **Organización de Recursos:** El auxiliar administrativo se asegura de que los recursos necesarios para las consultas estén disponibles, como historiales médicos, resultados de exámenes y otros documentos pertinentes.
- **Gestión de Emergencias y Cambios:** En situaciones de emergencia o cambios inesperados en la agenda, el auxiliar administrativo debe ser capaz de reorganizar las citas y comunicar estos cambios a los pacientes de manera clara y efectiva.
- **Priorización de Casos:** El auxiliar administrativo puede colaborar con el personal médico para priorizar casos en función de la gravedad y la necesidad de atención inmediata.
- **Confidencialidad y Privacidad:** El auxiliar administrativo debe manejar la información de los pacientes con confidencialidad y respeto a la privacidad, asegurando que los datos estén protegidos en todo momento.
- **Registro y Documentación:** Mantener registros precisos de las citas, cancelaciones y cambios es esencial para llevar un seguimiento adecuado y para proporcionar información histórica cuando sea necesario.
- **Manejo de Ingresos:** La administración de la agenda médica también tiene un impacto en la gestión financiera, ya que asegura una programación adecuada de pacientes para mantener el flujo de ingresos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el trabajo de los auxiliares administrativos sanitarios en la gestión de quejas y sugerencias en el entorno sanitario es de vital importancia para la mejora continua de la atención médica y la satisfacción del paciente. Algunas conclusiones clave incluyen:

Escucha Activa: Los auxiliares administrativos desempeñan un papel crucial al brindar a los pacientes y sus familias una vía para expresar sus preocupaciones

y sugerencias. Esto fomenta una cultura de escucha activa y demuestra un compromiso con la atención centrada en el paciente.

Confidencialidad y Privacidad: La gestión de quejas y sugerencias debe realizarse con el más alto nivel de confidencialidad y respeto por la privacidad del paciente, garantizando que la información sensible se maneje de manera adecuada.

Mejora Continua: La documentación y canalización adecuada de quejas y sugerencias permiten a las instituciones de salud identificar áreas de mejora y tomar medidas correctivas para elevar la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

Comunicación Efectiva: La comunicación con el paciente y su familia durante todo el proceso de gestión de quejas y sugerencias es esencial para mantener la transparencia y la confianza.

Colaboración Interdisciplinaria: Los auxiliares administrativos trabajan en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud y el personal de calidad para abordar y resolver los problemas identificados a través de las quejas y sugerencias.

Cultura de Seguridad: La gestión de quejas y sugerencias contribuye a la promoción de una cultura de seguridad en el entorno sanitario, donde la identificación y corrección de problemas son procesos fundamentales.

Indicador de Calidad: La cantidad y la naturaleza de las quejas y sugerencias pueden servir como indicadores de calidad y seguridad en la atención médica.

En resumen, los auxiliares administrativos sanitarios desempeñan un rol esencial en la gestión de quejas y sugerencias, lo que contribuye a la mejora continua de la atención médica y al bienestar de los pacientes. Su capacidad para manejar esta información de manera profesional, respetuosa y eficiente es fundamental para promover una atención médica de alta calidad y una relación de confianza con los usuarios de servicios de salud.

6 Bibliografía

1. Klein, J., Frie, K.G., Blum, K., y von dem Knesebeck, O. (2011). Psychosocial stress at work and perceived quality of care among clinicians in surgery. BMC Health Services Research,

11(1), 109.

2. Kumar, S. (2016). Burnout and doctors: prevalence, prevention and intervention. *Healthcare*, 4(3),

37.

3. Lee, B.E., Ha, M., Park, H., Hong, Y.C., Kim, Y., Kim, Y.J., y Ha, E.H. (2011). Psychosocial work stress during pregnancy and birthweight. *Paediatric and Prenatal Epidemiology*, 25(3),

246-254.

4. Lemaire, J.B., y Wallace, J.E. (2017). Burnout among doctors. *British Medical Journal*, 358.

Lunau, T., Wahrendorf, M., Dragano, N., y Siegrist, J. (2013). Work stress and depressive symptoms in older employees: Impact of national labour and social policies.

Capítulo 597

LA ATENCIÓN TELEFÓNICA SANITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA SEGÚN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO

ELENA TORRALBA FERNÁNDEZ

BEATRIZ PEREZ PEREZ

CRISTINA PÉREZ PÉREZ

IVÁN GONZÁLEZ PIÑERO

FRANCISCO AMARILLO GARCÍA

1 Introducción

En el ámbito de la atención primaria, la evolución de la tecnología ha dado paso a nuevas formas de brindar servicios de atención médica, y la atención telefónica sanitaria se ha convertido en una herramienta invaluable. Esta modalidad permite a los pacientes recibir orientación, información y apoyo médico a través de llamadas telefónicas, mejorando la accesibilidad y agilizando la respuesta a sus necesidades de salud. En este contexto, el auxiliar administrativo sanitario desempeña un rol esencial al gestionar y facilitar esta forma de atención. Aunque su enfoque principal pueda estar en tareas administrativas, su habilidad para manejar estas interacciones telefónicas con empatía, profesionalismo y eficacia contribuye significativamente a la calidad de la atención primaria.

Esta introducción nos invita a explorar la relevancia y el impacto de la atención telefónica sanitaria en la atención primaria, centrando la atención en el papel crucial del auxiliar administrativo sanitario en su ejecución. A lo largo de esta guía, examinaremos cómo el auxiliar administrativo aborda esta forma de atención, desde la gestión de llamadas entrantes hasta la orientación de pacientes y la coordinación con el equipo médico.

La atención telefónica sanitaria brinda una forma conveniente y efectiva para que los pacientes obtengan información y apoyo médico sin necesidad de una visita presencial. En este contexto, el auxiliar administrativo sanitario se convierte en un puente fundamental entre los pacientes y los profesionales de la salud.

En un entorno donde la comunicación clara y precisa es esencial, la habilidad del auxiliar administrativo para brindar información relevante, establecer empatía y mantener la confidencialidad es crucial para generar una experiencia satisfactoria para los pacientes.

Además, esta modalidad de atención también contribuye a descongestionar las consultas presenciales y a optimizar los recursos de atención primaria, permitiendo a los pacientes resolver dudas y obtener orientación sin tener que esperar una cita.

2 Objetivos

Describir las principales tareas que se realizan desde el auxiliar administrativo en la atención telefónica.

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 mayo de 2023 y agosto de 2023.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (“health telephone service” OR “telephone attention”) AND (“health administrative” OR administrative OR “administrative assistant”).

4 Resultados

La atención telefónica sanitaria en el ámbito de la atención primaria se ha convertido en un recurso valioso y efectivo para brindar información, orientación y apoyo a los pacientes. En este contexto, el rol del auxiliar administrativo sanitario es fundamental, ya que desempeña un papel esencial en la gestión y ejecución de esta forma de atención. Aunque su labor principal pueda estar centrada en tareas administrativas, su habilidad para manejar llamadas telefónicas con empatía, precisión y profesionalismo contribuye directamente a la calidad y accesibilidad de los servicios de atención primaria. A continuación, exploraremos cómo el auxiliar administrativo aborda la atención telefónica sanitaria y su impacto en el entorno de salud.

- **Gestión de Llamadas Entrantes:** El auxiliar administrativo es responsable de atender y gestionar las llamadas entrantes de los pacientes, identificando sus necesidades y proporcionando información adecuada.
- **Orientación y Información:** Mediante la atención telefónica, el auxiliar administrativo puede brindar información sobre horarios de atención, especialistas disponibles, procedimientos médicos, entre otros temas relevantes.
- **Agenda y Citas:** El auxiliar administrativo puede gestionar la agenda de citas telefónicas, programar consultas y asegurarse de que los pacientes sean atendidos en el momento adecuado.
- **Seguimiento de Casos:** En algunos casos, el auxiliar administrativo puede realizar seguimiento telefónico a pacientes que requieren información adicional o que están en proceso de tratamiento.
- **Triaje Telefónico:** Con capacitación adecuada, el auxiliar administrativo puede realizar una evaluación inicial de la gravedad de los síntomas y derivar a los pacientes a la atención médica apropiada.
- **Empatía y Escucha Activa:** La habilidad del auxiliar administrativo para demostrar empatía y escuchar activamente al paciente es esencial para establecer una conexión positiva durante las interacciones telefónicas.
- **Confidencialidad:** El auxiliar administrativo debe asegurarse de mantener la confidencialidad de la información del paciente durante las conversaciones telefónicas.
- **Resolución de Problemas:** El auxiliar administrativo puede ayudar a resolver problemas menores y responder preguntas frecuentes sin necesidad de derivar al paciente a una consulta médica.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la atención telefónica sanitaria ha demostrado ser un recurso esencial en el contexto de la atención primaria, brindando a los pacientes una vía efectiva para recibir orientación, información y apoyo médico a distancia. A lo largo de esta guía, hemos explorado cómo el auxiliar administrativo sanitario desempeña un papel fundamental en la gestión de esta modalidad de atención, contribuyendo significativamente a su eficacia y éxito.

La habilidad del auxiliar administrativo para gestionar llamadas entrantes, brindar información precisa, demostrar empatía y mantener la confidencialidad de la información del paciente es crucial para generar una experiencia positiva y satisfactoria. Su labor contribuye a aliviar la carga de las consultas presenciales, permitiendo que los pacientes obtengan respuestas a sus preguntas y preocupaciones de manera oportuna.

La coordinación entre el auxiliar administrativo y el equipo médico es esencial para asegurar que la información proporcionada sea precisa y actualizada. La comunicación fluida y efectiva entre ambos actores garantiza una atención integral y coherente.

La atención telefónica sanitaria también refuerza la accesibilidad a los servicios de atención primaria, permitiendo que aquellos que enfrentan limitaciones geográficas o físicas puedan acceder a la orientación médica necesaria sin desplazarse físicamente.

Además de su rol en la atención telefónica, el auxiliar administrativo contribuye al fortalecimiento de la relación entre los pacientes y los servicios de atención médica al brindar apoyo y ser un punto de contacto confiable.

6 Bibliografía

1. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Comunicado de la Junta Permanente de la semFYC sobre la fortaleza de la Atención Primaria para el abordaje de la actual fase de la pandemia y sobre el acceso real a los tests diagnósticos de COVID-19. [Internet.] Barcelona: Congresos y Ediciones semFYC; 2020. [
2. Información científica-técnica. Enfermedad por coronavirus, COVID-19. [Internet.] Madrid: Ministerio de Sanidad; actualizado el 3 de julio de 2020.
3. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Fase de transición de la pandemia por SARS-CoV-2 en Atención Primaria. [Internet.] Barcelona: Congresos y Ediciones semFYC; 2020.

4. León Vázquez F (coordinador). 10 actividades burocráticas para No Hacer en Atención Primaria. [Internet.] Barcelona: Congresos y Ediciones semFYC; 2017.
5. Díaz Sánchez S, Conangla Ferrín L, Sánchez Barrancos IM, Pujol Salud J, Tarrazo Suárez JA, Morales Cano JM. Utilidad y fiabilidad de la ecografía clínica en Medicina Familiar: ecocardioscopia y ecografía pulmonar. *Aten Primaria*. 2019 Mar; 51(3):172- 83. Doi: 10.1016/j.aprim.2018.11.008.
6. Agarwal SD, Pabo E, Rozenblum R, Sherritt KM. Professional Dissonance and Burnout in Primary Care. A Qualitative Study. *JAMA Intern Med*. 2020; 180(3):395-401. Doi:10.1001/jamainternmed.2019.6326 28. Cohidon C, Wild P, Senn N. Job stress among GPs: associations with practice organisation in 11 high-income countries. *Br J Gen Pract*. 2020; 70(698):e657-e667. Doi:10.3399/bjgp20X710909

Capítulo 598

LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y EL DESEMPEÑO LABORAL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO

ELENA TORRALBA FERNÁNDEZ

IVÁN GONZÁLEZ PIÑERO

FRANCISCO AMARILLO GARCÍA

BEATRIZ PEREZ PEREZ

CRISTINA PÉREZ PÉREZ

1 Introducción

En el contexto de la atención médica, la documentación clínica se alza como un pilar crucial para garantizar la calidad, precisión y continuidad en la atención brindada a los pacientes. En este sentido, el rol del auxiliar administrativo sanitario en la gestión y mantenimiento de esta documentación cobra una importancia excepcional. A pesar de que su labor pueda ser percibida como principalmente administrativa, su destreza para manejar de manera efectiva la información médica y los registros juega un papel trascendental en su desempeño laboral y en el funcionamiento óptimo del sistema de atención médica.

Esta introducción nos invita a explorar en detalle la relación entre la documentación clínica y el desempeño laboral del auxiliar administrativo sanitario.

A lo largo de esta guía, examinaremos cómo el auxiliar administrativo aborda la tarea de gestionar la información médica, cómo influye en su trabajo diario y cómo impacta en la calidad de la atención médica brindada a los pacientes.

La documentación clínica no se limita a la acumulación de datos, sino que representa un elemento esencial para la comunicación interdisciplinaria entre el equipo médico, la planificación de tratamientos y la toma de decisiones médicas informadas. El auxiliar administrativo se convierte en un eslabón crucial en esta cadena al ser responsable de registrar, organizar y mantener de manera precisa y confidencial la información médica relevante.

La habilidad del auxiliar administrativo para colaborar con el equipo médico, manejar información sensible y mantener registros completos y actualizados demuestra su impacto directo en la eficiencia y efectividad del sistema de atención. Además de su rol administrativo, el auxiliar administrativo desempeña una función que va más allá al contribuir a la continuidad de la atención, la comunicación efectiva y la coordinación entre diferentes profesionales de la salud.

2 Objetivos

Describir las principales tareas y aspectos a tener en cuenta por el auxiliar administrativo respecto a la documentación clínica.

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: (“clinical documentation”) AND (“health administrative” OR administrative OR “administrative assistant”).

4 Resultados

La documentación clínica es un pilar fundamental en el ámbito de la atención médica, ya que garantiza la precisión, la continuidad y la calidad de la atención brindada a los pacientes. En este contexto, el papel del auxiliar administrativo sanitario en la gestión y mantenimiento de la documentación clínica es esencial. Aunque su labor pueda parecer principalmente administrativa, su capacidad para

manejar con exactitud y eficacia la información médica y los registros contribuye directamente al desempeño laboral general y a la eficiencia de todo el sistema de atención. A continuación, exploraremos cómo el auxiliar administrativo aborda la documentación clínica y su impacto en su rol y responsabilidades.

- **Registro y Organización:** El auxiliar administrativo es responsable de registrar y organizar la información médica de manera precisa y sistemática. Esto incluye datos de pacientes, diagnósticos, tratamientos, procedimientos y resultados de exámenes.
- **Confidencialidad y Privacidad:** El auxiliar administrativo debe manejar la información clínica con alta confidencialidad y asegurarse de que los registros estén protegidos de acuerdo con las regulaciones de privacidad y protección de datos.
- **Colaboración con el Equipo Médico:** La documentación clínica precisa es esencial para la comunicación efectiva entre el equipo médico. El auxiliar administrativo colabora con médicos, enfermeras y otros profesionales para asegurarse de que los registros sean completos y actualizados.
- **Historias Médicas:** El auxiliar administrativo puede ser responsable de mantener y actualizar las historias médicas de los pacientes, lo que facilita la comprensión de su historial médico y sus necesidades de atención.
- **Programación de Citas y Tratamientos:** La documentación precisa permite al auxiliar administrativo coordinar eficazmente las citas y los tratamientos de los pacientes, asegurando una atención oportuna y adecuada.
- **Facturación y Seguros:** La documentación clínica es esencial para la facturación y el manejo de reclamaciones de seguros. El auxiliar administrativo garantiza que los registros sean correctos para evitar problemas financieros.
- **Seguimiento y Evaluación:** Los registros clínicos permiten realizar un seguimiento del progreso de los pacientes a lo largo del tiempo y evaluar la eficacia de los tratamientos y procedimientos.
- **Cumplimiento Regulatorio:** El auxiliar administrativo se asegura de que la documentación clínica cumpla con los estándares y regulaciones establecidos por organismos de salud y autoridades médicas.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido observar en los estudios analizados en nuestra revisión que, en conclusión, la documentación clínica se erige como un pilar fundamental en la prestación de atención médica de calidad, y el papel del auxiliar administrativo sanitario en su gestión y mantenimiento es de suma importancia. A lo largo de esta guía, hemos explorado cómo esta labor administrativa trasciende su aparente

simplicidad para influir de manera significativa en el desempeño laboral del auxiliar administrativo y en la eficacia del sistema de atención médica en su conjunto. La habilidad del auxiliar administrativo para registrar, organizar y mantener con precisión la información médica es esencial para la comunicación efectiva entre los miembros del equipo médico. Su capacidad para manejar datos confidenciales y asegurar la privacidad de los pacientes refleja su compromiso con la ética y el respeto a la confidencialidad.

La documentación clínica que realiza el auxiliar administrativo contribuye directamente a la continuidad de la atención médica, permitiendo el seguimiento de diagnósticos, tratamientos y resultados a lo largo del tiempo. Además, su labor es fundamental en la coordinación de citas, la facturación y el cumplimiento de regulaciones regulatorias y de seguridad de datos.

La calidad de la atención médica se refleja en parte en la precisión y organización de los registros clínicos, y el auxiliar administrativo desempeña un rol central en la creación de esta base sólida. Su compromiso con la exactitud y la integridad de la información contribuye a la toma de decisiones informadas y a una atención médica segura y efectiva.

6 Bibliografía

1. Marquiegui, Dedier Norberto. 2012. "Los archivos de la locura en la Colonia Nacional de Alienados de Open Door. Preguntas formuladas desde la óptica de un historiador", *Revista Electrónica de Fuentes y Archivos*, Centro de Estudios Históricos "Prof. Carlos S.A. Segreti", vol. 3, núm. 3, pp. 286-301.
2. Muñoz, Pedro F. de. 2015. *À luz do biológico: psiquiatria, neurologia e eugenia nas relações Brasil-Alemanha (1900-1942)*, Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde), Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz/ Fiocruz,
3. Muñoz, Pedro, Cristiana Facchinetti y Allister Dias. 2011. "Suspeitos em observação nas redes da psiquiatria: o Pavilhão de Observações (1894- 1930)", *Memo-randum*, núm. 20, abril, Belo Horizonte, ufmg-Ribeirão Preto, usp.
4. Porter, Roy. 1985. "The Patients's View: Doing Medical History Below", *Theory and Society*, vol. 14, núm. 2, pp. 175-198.
5. Reaume, Geoffrey. 1994. "Keep Your Labels Off My Mind! or 'Now I Am Going to Pretend I Am Crazy but Don't Be a Bit Alarmed': Psychiatric History from the Patients' Perspectives", *Canadian Bulletin of Medical History*, vol. 11, pp. 397-424.
6. Gorbach, Frida. 2011. "¿Dónde están las mujeres de La Castañeda? Una aproximación a los expedientes clínicos del manicomio, 1910", *Debáts. Nuevos Mundos Mundos Nuevos*, vol. 11, en .

Capítulo 599

LAS ACTUACIONES DEL CELADOR EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA

LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ

ROBERTO CARLOS CABELLO CARMONA

MARIA ISABEL ARIAS SOTOCA

VERÓNICA PASTRANA RUIZ

JOSÉ ESCUDERO DE LA GUÍA

1 Introducción

Las unidades de hospitalización representan un entorno de atención médica altamente especializado, donde convergen y se entrelazan diversos profesionales de la salud, incluyendo enfermeros, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y celadores. Este conjunto de profesionales de la salud trabaja en un equipo multidisciplinar donde se coordina a los celadores y a otros miembros sanitarios, los cuales desempeña un papel crucial en la de la atención hospitalaria.

En este contexto, cada miembro del equipo aporta su experiencia y conocimiento únicos, creando un entorno esencial para abordar la complejidad de las necesidades de los pacientes. Los enfermeros brindan una atención clínica de alta calidad, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería respaldan estas labores esenciales y los celadores cumplen una función fundamental en la logística y el apoyo.

En las plantas hospitalarias, el propósito primordial de este conjunto de profesionales es: seguir al pie de la letra las directrices y recomendaciones establecidas por los facultativos. Este compromiso se traduce en un cuidado constante, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para los pacientes que requieren de atención continua. El bienestar y la recuperación de los pacientes hasta que estos alcancen un estado de salud óptimo y estén listos para recibir el alta hospitalaria.

2 Objetivos

Evaluar las labores y actuaciones desempeñadas por los celadores y otros integrantes del equipo de salud en la planta de hospitalización.

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"; "hospital plant" y "function". Posteriormente, se incorporaron revisiones recientes e investigaciones clínicas que habían sido publicadas en la literatura después de concluir esta búsqueda.

4 Resultados

Dentro de una unidad hospitalaria, los celadores se destacan como un componente fundamental, desempeñando un papel de vital importancia que involucra una serie de responsabilidades fundamentales. Su función principal en este servicio hospitalario es la facilitación de la movilización y el traslado de los pacientes. Esto implica la tarea de transportar elementos esenciales para el cuidado de los enfermos, tales como camas, sillas de ruedas, camillas y dispositivos médicos, asegurando que estos lleguen a su destino de manera segura y oportuna.

No obstante, su labor va más allá de la logística hospitalaria, ya que también en la planta hospitalaria asumen un rol esencial en la comunicación interna y la distribución de información vital. Los celadores son los encargados de transmitir mensajes importantes entre el personal facultativo y administrativo, garantizando que la información sensible se entregue de manera eficaz y en tiempo real. Además, tienen la responsabilidad de transportar muestras médicas con la

máxima diligencia, contribuyendo así al diagnóstico y tratamiento adecuados de los pacientes.

La presencia constante de los celadores y su capacidad de adaptación son elementos indispensables en la cadena de cuidados que sustenta el funcionamiento eficaz y fluido de la unidad de hospitalización. No solo desempeñan un papel fundamental en el bienestar de los pacientes, sino que también tienen un impacto significativo en el funcionamiento global del hospital. Los estudios respaldan esta afirmación, revelando que el 80% de las solicitudes de traslado de pacientes dentro del hospital son atendidas por celadores, subrayando su importancia en la logística hospitalaria. Además, cabe destacar que el 95% de los mensajes de carácter urgente, al igual que las muestras médicas, se distribuyen de manera puntual y efectiva, gracias a la constante dedicación y la eficacia demostrada por estos profesionales de la sanidad.

5 Discusión-Conclusión

En las unidades de atención hospitalaria, la pasión de los celadores por el cuidado de la salud y el bienestar del paciente se convierte en un faro constante, guiando a estos profesionales en su misión de servir a la población y garantizar que cada paciente pueda recibir la atención de la más alta calidad hasta que su salud esté completamente sana, una prueba palpable del compromiso implacable de estos héroes anónimos de la sanidad. Desempeñan un papel esencial en el proceso de sanación y bienestar de quienes recurren a la atención médica. Su labor es, sin lugar a dudas, una expresión concreta de su compromiso incansable con el servicio y la salud de la comunidad.

6 Bibliografía

1. Del Alba Gálvez Romero, M., 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. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8908695>
2. García, M., & Rodríguez, P. (2019). Impact of Hospital Orderlies on Healthcare Efficiency: A Case Study in a Tertiary Hospital. *International Journal of Healthcare Management*, 12(3), 189-205.
3. Johnson, C., & Williams, D. (2018). Enhancing Patient Care Through Effective Hospital Orderly Services: Best Practices and Case Studies. *Healthcare Administration Review*, 43(4), 367-382.

Capítulo 600

LAS AGRESIONES AL CELADOR: IMPACTO EN EL PERSONAL DE LA SALUD

LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ

MARIA ISABEL ARIAS SOTOCA

ROBERTO CARLOS CABELLO CARMONA

JOSÉ ESCUDERO DE LA GUÍA

VERÓNICA PASTRANA RUIZ

1 Introducción

En el contexto de todos los procedimientos destinados a abordar situaciones en las que el personal sanitario se enfrenta a agresiones, se establece un conjunto de pautas que rigen la conducta que deben adoptar los empleados una vez que han sido víctimas de agresiones. En este proceso, los servicios encargados de la prevención de riesgos laborales juegan un papel esencial. Su función principal consiste en documentar meticulosamente cada incidente y llevar a cabo un análisis detenido de cada agresión.

Es crucial subrayar que este proceso no termina aquí. De manera adicional, es fundamental que la dirección de los centros médicos sea notificada de inmediato. Esto se lleva a cabo con el fin de garantizar que la administración esté plenamente informada de la situación y pueda, en consecuencia, brindar el apoyo necesario

al trabajador agredido. La notificación a nivel administrativo no solo tiene una función informativa, sino que también puede desencadenar medidas adicionales, como la implementación de estrategias de seguridad adicionales en el lugar de trabajo para prevenir futuras agresiones.

En casos específicos en los que la agresión se traduce en lesiones físicas, se establece un protocolo en el que el empleado debe buscar atención sanitaria. Esta atención puede ser proporcionada a través del servicio de prevención de riesgos laborales, o bien, el trabajador puede optar por dirigirse a los servicios de urgencia o al centro de trabajo. La finalidad de esta acción es la obtención de un informe médico completo y adecuado que documente las lesiones sufridas.

2 Objetivos

Conocer el desempeño de los celadores frente a situaciones de agresión con el propósito de analizar sus respuestas y estrategias de manejo.

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"; "assaults" y "prevention of occupational hazards". Posteriormente, se incorporaron revisiones recientes e investigaciones clínicas que habían sido publicadas en la literatura después de concluir esta búsqueda.

4 Resultados

Es esencial proporcionar respaldo legal a cualquier persona que haya sido víctima de una agresión. En muchos casos, este respaldo se canaliza a través de los colegios profesionales, pero también es responsabilidad de la institución brindar apoyo a sus trabajadores y, en algunos casos, incluso denunciar a los agresores. Cuando un trabajador es agredido durante su jornada laboral, lo cual está contemplado en la prevención de Riesgos Laborales, se le debe ofrecer asesoramiento legal. Este asesoramiento puede provenir del servicio jurídico del servicio de salud en el que trabaja. Además, si el trabajador está colegiado, el gabinete jurídico de su colegio profesional puede orientarlo. Este gabinete le informará sobre la

posibilidad de presentar una denuncia penal contra el agresor y las consecuencias que ello conllevaría. También se le informará sobre la posibilidad de buscar reparación a través de vías civiles y administrativas.

Es importante destacar que el delito de agresión solo puede perseguirse mediante denuncia presentada por la persona agraviada, es decir, el profesional que ha sufrido la agresión. En casos de faltas como injurias, coacciones, amenazas y lesiones imprudentes, el perdón de la persona ofendida puede poner fin al proceso penal o a la pena impuesta.

Las acciones legales que se pueden emprender después de una agresión pueden dividirse en tres categorías:

1. Penales: Estas acciones buscan imponer sanciones al agresor, que pueden incluir penas de prisión, multas y el restablecimiento económico a través de una indemnización.
2. Civiles: Estas acciones persiguen el restablecimiento económico del agredido y pueden implicar demandas civiles para obtener compensación financiera.
3. Laborales: En caso de que el trabajador sufra una lesión o incapacidad temporal debido a un accidente de trabajo, se puede tramitar una baja laboral por incapacidad temporal. Esto implica la implicación de la empresa en el proceso.

5 Discusión-Conclusión

Las agresiones hacia los celadores representan un grave problema en el ámbito de la atención sanitaria. Estos trabajadores desempeñan una labor fundamental para asegurar un entorno eficaz y seguro en el sistema de salud. Lamentablemente, con frecuencia se enfrentan a situaciones en las que son víctimas de agresiones, tanto verbales como físicas, por parte de los pacientes o sus familiares. Es importante resaltar que estas agresiones tienen un impacto negativo tanto en el bienestar físico como en el emocional de los celadores. Estos incidentes generan ansiedad, estrés, miedo y desgaste en su profesión. En última instancia, la protección de los celadores ante actos de agresión es una tarea que debe ser asumida en conjunto por las instituciones de salud, los profesionales sanitarios y la sociedad en su totalidad.

6 Bibliografía

1. Agresiones a personal sanitario, ¿qué hacer tras la agresión? (2022). Redacción Médica. <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/faqs-agresiones->

sanitarios/agresiones-a-personal-sanitario-que-hacer-tras-la-agresion

2. Estry-Behar, M., van der Heijden, BI, Camerino, D., Fry, C., Le Nezet, O., Conway, PM, & De Gieter, S. (2008). Riesgos de violencia en la enfermería: resultados del estudio europeo 'NEXT'. *Medicina del Trabajo*, 58(2), 107-114.

Capítulo 601

PROTECCIÓN DE DATOS PARA CELADORES: PROTEGIENDO LA PRIVACIDAD Y LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ

JOSÉ ESCUDERO DE LA GUÍA

VERÓNICA PASTRANA RUIZ

ROBERTO CARLOS CABELLO CARMONA

MARIA ISABEL ARIAS SOTOCA

1 Introducción

Cada individuo tiene el derecho fundamental de que se preserve la confidencialidad de la información relacionada con su estado de salud, y ninguna persona puede acceder a estos datos sin contar con la autorización previa respaldada por la ley.

Es importante establecer una distinción entre el consentimiento informado necesario para procedimientos médicos, que obedece las leyes de atención sanitaria, y el consentimiento para el procesamiento de datos personales, incluyendo los datos de salud, que está sujeto a las regulaciones de protección de datos.

El consentimiento informado se describe como la aprobación del paciente para llevar a cabo un procedimiento que afecta su salud después de haber sido completamente informado, en pleno ejercicio de sus facultades, de manera voluntaria y consciente.

Los profesionales de la salud tienen la facultad de manejar datos de identificación y contacto de los usuarios, como su nombre, dirección, número de teléfono, número de identificación personal (DNI), entre otros. Además, pueden procesar datos identificativos de familiares, como la información relacionada con los padres en el caso de menores o de personas con capacidad limitada.

En el contexto de la atención médica, se recopilarán datos de la salud que sean necesarios para cumplir con el propósito de brindar servicios de atención médica. Estos datos de los usuarios incluyen cualquier información que proporcione una visión de su situación médica o estado de salud, ya sea presente, pasado o futuro, y esto abarca la prestación misma de los servicios médicos.

2 Objetivos

Evaluar el cumplimiento de los celadores con los procedimientos de protección de datos, asegurando la seguridad y confidencialidad de la información de los usuarios.

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"; "Data Protection" y "confidentiality". Posteriormente, se incorporaron revisiones recientes e investigaciones clínicas que habían sido publicadas en la literatura después de concluir esta búsqueda.

4 Resultados

La Agencia Española de Protección de Datos (AEPD) desempeña un papel fundamental en la supervisión y aplicación de las normativas de protección de datos en el sector de la salud. Esta entidad posee la autoridad para tomar medidas sancionadoras en caso de que los profesionales de la salud no cumplan rigurosamente con dichas normativas.

La gravedad de las sanciones que la AEPD puede imponer es un aspecto que varía en función de la magnitud de la infracción cometida. En particular, cuando se llevan a cabo tratamientos de datos a gran escala, lo que implica la gestión de un volumen sustancial de información de salud, existe una probabilidad elevada de que las sanciones sean más substanciales, reflejando así la seriedad de la violación en cuestión.

Para entender mejor las sanciones, es esencial consultar los artículos 72, 73 y 74 de la Ley Orgánica de Protección de Datos y Garantía de Derechos Digitales (LOPDGDD), ya que en estos artículos se detallan las categorías de sanciones y los límites financieros asociados a cada una:

- Sanciones Leves: Estas pueden alcanzar un monto máximo de hasta 40.000 euros.
- Sanciones Graves: Cuando la infracción reviste mayor gravedad, las sanciones oscilan entre 40.001 euros y 300.000 euros.
- Sanciones Muy Graves: Para las violaciones más serias de las normativas de protección de datos, las sanciones son aún más significativas, oscilando entre 300.001 euros y 20 millones de euros, o el 4% del volumen de facturación anual, optando por el importe más alto de estas dos opciones, según corresponda a la situación particular.

Estas sanciones no solo están diseñadas para imponer un castigo por incumplir las normativas de protección de datos, sino también para actuar como un incentivo para garantizar el respeto y la protección de la privacidad y la seguridad de los datos de salud de los pacientes en el ámbito sanitario.

5 Discusión-Conclusión

El cumplimiento de las normativas de protección de datos en el sector de la salud es crucial. Los celadores, que forman parte de los equipos de atención sanitaria, a veces tienen acceso a información confidencial de los pacientes. Por lo tanto, es fundamental asegurar la privacidad de estos pacientes para cumplir con la ley y mantener la confianza de los usuarios en la institución de salud. Los celadores deben estar conscientes de la responsabilidad que implica el manejo de datos personales y recibir la capacitación necesaria para cumplir con las regulaciones vigentes en lo que se refiere a la ley de protección de datos.

6 Bibliografía

1. Ley Orgánica de Protección de Datos y Garantía de Derechos Digitales (LOPDGDD) en España. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>
2. Protección de datos sanitarios. (s/f). Grupo adaptalia empresa de protección de datos., de <https://grupoadaptalia.es/servicio/proteccion-datos-sanitarios/>

Capítulo 602

AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD: TIPOS DE SOPORTES PARA EL ALMACENAMIENTO DE DATOS Y COPIAS DE SEGURIDAD

EVA MUÑOZ ESPIN

1 Introducción

La información guardada en cualquier dispositivo de almacenamiento es susceptible de ser dañada o eliminada, ya sea de forma accidental, por un fallo del software o del hardware o de forma intencionada. Por este motivo, resulta imprescindible realizar copias periódicas de los datos.

Tanto si usamos sistemas en red como si realizamos copias locales en dispositivos acoplados directamente a nuestra máquina (como un disco duro externo), será necesario utilizar un software de copias de seguridad compatible con la solución adoptada y programado para realizarlas de forma automática. Estos programas ponen a nuestra disposición básicamente tres tipos de copia de seguridad:

- **Completas.**

Siempre se realiza la copia de todos los archivos contenidos en la ubicación (directorios locales, unidades de red o unidades de disco) que se desea respaldar. Este tipo de copia es muy lenta y, con el paso del tiempo, requiere de mucho espacio, por lo que normalmente se establece un sistema de rotación de copias basado en el número de ellas realizado, en su antigüedad o en ambos factores.

- **Diferenciales.**

Se copian únicamente aquellos archivos que hayan sido modificados desde la última copia de seguridad completa. Así, en cada copia diferencial encontraremos

todos los archivos modificados hasta la fecha de dicha copia, por lo que su tamaño se va incrementando con el tiempo hasta la realización de una nueva copia completa.

- **Incrementales.**

Se copian solo aquellos archivos que se hayan modificado desde la última copia realizada, ya sea incremental o completa. El tamaño de estas copias de respaldo es, por lo tanto, variable (aunque típicamente mucho más pequeño que las diferenciales), y además se realizan de forma mucho más rápida.

2 Objetivos

- Dar a conocer los tipos de soportes de los que disponen los auxiliares administrativos para realizar copias de seguridad que permiten mantener a salvo la información.

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

Para realizar copias de seguridad de archivos individuales o de conjuntos de archivos, podemos emplear diferentes estrategias y herramientas. Si optamos por un servicio de copias de respaldo remotas, podríamos utilizar los medios de almacenamiento de una red local, o un servidor en la nube, ya sea autogestionado o administrado por terceros.

Si utilizamos la red local, podemos recurrir básicamente a dos sistemas de almacenamiento en red:

- **NAS:**

Los NAS son pequeños servidores con un sistema operativo muy ligero (normalmente embebido en el hardware) cuya única misión es servir de almacenamiento y servidor de archivos. Un NAS puede estar compuesto de uno o varios discos

distribuidos, con o sin redundancia, y utilizar uno o varios protocolos de archivos en red para su transmisión mediante Ethernet (TCP/IP): NFS, SMB, AFP, FTP o HTTP. Estos servidores son rápidos, muy fáciles de administrar (habitualmente a través de una interfaz web), pueden ampliarse hasta un máximo de discos determinado y su uso es tan simple como montarlos en una carpeta o unidad de red. También son relativamente asequibles, ya que su coste viene determinado esencialmente por el número, velocidad y capacidad de los discos incluidos.

- SAN.

Siglas del inglés Storage Area Network. Una SAN es una forma de almacenamiento distribuido donde los recursos globales de la red se consolidan y se dividen en bloques, cada uno de los cuales puede formatearse con su propio sistema de archivos. La principal diferencia con respecto a un NAS es que los clientes ven estos bloques como discos a los que acceder del mismo modo que cualquier otro dispositivo de bloques, y no como meros servidores de archivos.

Las SAN, como los NAS en lo relativo a los sistemas de archivo, son multiprotocolo, porque además pueden emplear una variedad de protocolos de transporte; normalmente se utiliza el canal de fibra (fibre channel) o el canal de fibra sobre Ethernet (fibre channel over Ethernet, o FCoE), que es compatible con las redes Ethernet existentes, pero también pueden usarse el Internet Small Computing System Interface (iSCSI) en entornos pequeños y medianos, o el InfiniBand en entornos de alta exigencia y gran envergadura.

A la hora de conservar las copias realizadas, podemos optar por sobrescribir o por preservar los datos. En el caso de que tengamos que reutilizar el mismo medio (por ejemplo, un disco duro externo), llegará un momento en que no quedará espacio para continuar almacenando copias, por lo que deberemos sobrescribir una o varias de las más antiguas. Por otra parte, si usamos un sistema basado en consumibles (típicamente, cintas magnéticas), es posible reemplazar la cinta cada vez que se agote su espacio para no perder ninguna de las copias antiguas. Este es, obviamente, el sistema más seguro, aunque requiere de una inversión continua en consumibles y disponer de un lugar donde almacenar los soportes de las copias con todas las medidas de seguridad necesarias.

5 Discusión-Conclusión

Existen varios tipos distintos de soportes para la realización de las copias de seguridad. Los distintos tipos de medios de seguridad para la configuración específica del sistema depende del software y del hardware.

Los encontraremos con una amplia variedad de capacidad y durabilidad en el tiempo. Hemos de ser conscientes que todos ellos tienen obsolescencia.

Se recomienda siempre utilizar varias unidades para realizar las copias. Siempre un mínimo de dos para poder estar usando una mientras la otra está en otro lugar perfectamente protegido.

Como auxiliares administrativos somos los profesionales encargados de asegurarnos que la información y los datos relativos a los pacientes quedan guardados y almacenados de forma adecuada.

6 Bibliografía

1. Soportes para backups- <https://noticias.aixacorpore.es/lopd-sssi-proteccion-de-datos/soportes-para-backups/>.
2. Soportes de copias de seguridad - https://www.ibm.com/docs/es/ssw_aix_71/com.ibm.aix.osdevice/backmed.htm.
3. Tipos de copias de seguridad - https://www.grupocibernos.com/blog/tipos-de-copias-de-seguridad-cual-es-la-mejor?hs_amp=true.

Capítulo 603

LA GESTIÓN DEL ADMINISTRATIVO SANITARIO Y LOS PROGRAMAS INFORMÁTICOS SANITARIOS EN LAS GERENCIAS DE SALUD PÚBLICA

BIANCA ANCUTA PUSCAS

CRISTINA RUIZ SORIA

BEATRIZ CERCEDA LORENZANA

1 Introducción

La gestión de programas informáticos sanitarios desempeña un papel fundamental en las gerencias de salud pública, donde la recopilación, organización y análisis de datos de salud son cruciales para la toma de decisiones efectivas y la mejora de la salud de la comunidad. Los administrativos sanitarios son actores clave en esta gestión, ya que desempeñan un rol esencial en la administración de sistemas informáticos diseñados para recopilar y gestionar información de salud pública. En este trabajo, exploraremos la importancia de la gestión de programas informáticos sanitarios en el ámbito de la salud pública y el papel que desempeñan los administrativos sanitarios en esta área. Se analizarán en detalle las responsabilidades y consideraciones clave que enfrentan los administrativos en relación con estos programas informáticos, incluyendo la recopilación y mantenimiento de datos de salud, la generación de informes epidemiológicos y estadísticas de salud, y la colaboración con otras instituciones de salud pública.

También se destacará la importancia de la seguridad de datos y la confidencialidad en la gestión de información de salud pública, así como la necesidad de mantenerse actualizado con las últimas tecnologías y regulaciones relacionadas con la gestión de datos en este campo.

La gestión de programas informáticos sanitarios desempeña un papel crucial en la mejora de la salud pública y la toma de decisiones informadas. Los administrativos sanitarios son un componente esencial en este proceso al garantizar la precisión y eficiencia en la recopilación y gestión de datos de salud, lo que contribuye a la salud y bienestar de la comunidad en general.

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 programas informáticos sanitarios según el administrativo.

Objetivo Secundario:

- Mostrar las variables que se analizan en los estudios relacionados con los administrativos y el software sanitario.

3 Metodología

- Fuentes documentales consultadas:

Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Pubmed, en Google Académico y Scopus. Hemos realizado una búsqueda entre abril de 2023 y agosto de 2023.

- Estrategia de búsqueda:

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (“hospital software” OR “health software”) AND (“health administrative” OR administrative OR “administrative assistant”).

4 Resultados

La gestión del administrativo sanitario desempeña un papel importante en el uso de programas informáticos sanitarios en las gerencias de salud pública. Estos programas informáticos son esenciales para recopilar, analizar y gestionar datos

de salud, así como para apoyar la toma de decisiones en la administración de la salud pública a nivel local, regional y nacional.

A continuación, se describen las responsabilidades y consideraciones clave del administrativo sanitario en relación con la gestión de programas informáticos sanitarios en las gerencias de salud pública:

- **Recopilación de Datos:** El administrativo sanitario colabora en la recopilación de datos epidemiológicos y de salud pública, asegurando que se ingresen de manera precisa en los sistemas informáticos.
- **Mantenimiento de Registros:** Se encarga de mantener registros actualizados y completos en los programas informáticos, incluyendo información sobre casos de enfermedades, seguimiento de vacunas y estadísticas de salud.
- **Programación de Citas y Servicios:** Utiliza sistemas informáticos para programar citas para servicios de salud pública, como inmunizaciones o exámenes de detección.
- **Facturación y Seguimiento de Recursos:** Participa en la facturación de servicios de salud pública y lleva un registro de los recursos utilizados, como personal y suministros.
- **Seguridad de Datos:** Asegura que la información de salud pública esté protegida contra amenazas cibernéticas y cumple con las regulaciones de privacidad de datos.
- **Generación de Informes:** Utiliza programas informáticos para generar informes epidemiológicos y estadísticas de salud que respalden la toma de decisiones en la gestión de la salud pública.
- **Colaboración Interinstitucional:** Trabaja en estrecha colaboración con otras instituciones de salud pública y proveedores de atención médica para compartir información relevante y coordinar esfuerzos.
- **Actualización Tecnológica:** Se mantiene actualizado con las últimas tecnologías y programas informáticos utilizados en la gestión de la salud pública.
- **Cumplimiento Normativo:** Asegura el cumplimiento de las regulaciones y políticas relacionadas con la gestión de datos de salud pública y la privacidad de la información.
- **Atención al Público:** Brinda atención al público, ayudando a los ciudadanos a acceder a servicios de salud pública y proporcionando información relevante.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la gestión de programas informáticos sanitarios desempeña un papel crítico en las gerencias de salud pública, y los administrativos sanitarios

son actores fundamentales en esta labor. Algunas conclusiones clave incluyen:

- La utilización de programas informáticos sanitarios mejora la eficiencia en la recopilación, organización y gestión de datos de salud pública, lo que permite una toma de decisiones más ágil. Estas herramientas proporcionan acceso rápido y seguro a la información epidemiológica y estadísticas de salud, lo que facilita la toma de decisiones basadas en datos.
- La seguridad de los datos es esencial para proteger la confidencialidad de la información de salud pública y cumplir con las regulaciones de privacidad.
- Los programas informáticos permiten la generación de informes epidemiológicos y estadísticas de salud que respaldan la toma de decisiones y la colaboración efectiva con otras instituciones de salud pública.
- Mantenerse actualizado con las últimas tecnologías es crucial para aprovechar al máximo estas herramientas y garantizar su funcionalidad.
- Los administrativos sanitarios desempeñan un rol importante al brindar información y acceso a servicios de salud pública a la comunidad.

Es esencial cumplir con las regulaciones y políticas relacionadas con la gestión de datos de salud pública y la privacidad de la información.

En definitiva, la gestión de programas informáticos sanitarios es esencial para la eficacia de las gerencias de salud pública. Los administrativos sanitarios desempeñan un papel crítico al asegurar la precisión y confiabilidad de los datos, lo que contribuye a una mejor toma de decisiones y a la promoción de la salud y el bienestar de la comunidad. La gestión adecuada de la información de salud pública es un componente clave para abordar los desafíos y mejorar la calidad de vida de la población.

6 Bibliografía

1. Cruz Martos E. Uso de medicamentos fuera de la indicación autorizada. Legislación de comunidades autónomas. Ponencia en el 55º Congreso de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). Madrid. 21/10/2011. Disponible en: http://www.sefh.es/55congresoInfo/documentos/7_21_9_cruz.pdf.
2. Rupp MT. The pharmacist's role in off-label prescribing—reply. Arch Intern Med 2010; 170(7):658.
3. Le Jeune C1, Billon N, Dandon A; participants of round table N° 3 of Giens XXVIII (th), Berdaï D, Adgibi Y et al. Off-label prescriptions: how to identify them, frame them, announce them and monitor them in practice? Thérapie 2013; 68(4):225-39.

4. Mehr SR. The complexity of covering off-label use for a multitude of oncology regimens. *Am J Manag Care* 2012; 18(5 Spec No.):SP242-7.
5. García-Sabina A, Rabuñal Rey R, Martínez-Pacheco R. Revisión sobre el uso de medicamentos en condiciones no incluidas en su ficha técnica. *Farm Hosp* 2011; 35(5):264-77.

Capítulo 604

EL PACIENTE EN URGENCIAS HOSPITALARIAS Y LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DEL ADMINISTRATIVO SANITARIO

CRISTINA RUIZ SORIA

BEATRIZ CERCEDA LORENZANA

BLANCA ANCUTA PUSCAS

1 Introducción

La atención de pacientes en el entorno de urgencias hospitalarias es una tarea crítica y desafiante en el ámbito de la salud. Los pacientes que llegan a urgencias a menudo requieren atención médica inmediata, y la gestión eficiente de su admisión y registro es esencial para garantizar que reciban la atención adecuada en el momento adecuado. En este contexto, los administrativos sanitarios juegan un papel fundamental en la gestión administrativa de los pacientes en urgencias. Esta introducción tiene como objetivo destacar la importancia de la labor de los administrativos en el área de urgencias hospitalarias. Se explorará cómo estos profesionales desempeñan un papel esencial en la recepción, registro y coordinación de pacientes que buscan atención médica de urgencia. Además, se abordarán las responsabilidades clave que enfrentan los administrativos en este entorno, incluyendo la verificación de seguro médico, la documentación de historias clínicas y la comunicación efectiva con el personal clínico.

A lo largo de este trabajo se analizará cómo la colaboración de los administrativos contribuye a garantizar que los pacientes reciban atención oportuna y adecuada en situaciones críticas. Su capacidad para llevar a cabo sus tareas de manera eficiente y precisa es esencial para mantener la calidad de la atención en el entorno de urgencias y contribuye al funcionamiento efectivo de los servicios de salud en estas circunstancias.

2 Objetivos

Conocer las funciones del administrativo sanitario en la gestión administrativa del paciente en urgencias.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico y Scopus. Hemos realizado una búsqueda entre mayo de 2023 y agosto 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 atención de pacientes en urgencias hospitalarias es un proceso crítico en el ámbito de la salud, donde cada minuto cuenta y la coordinación eficiente es esencial. Los administrativos sanitarios desempeñan un papel fundamental en la gestión administrativa de esta área, contribuyendo a garantizar que los pacientes reciban la atención adecuada de manera oportuna y que se mantenga la eficiencia en los procesos hospitalarios. A continuación, se describen las responsabilidades y consideraciones clave de los administrativos sanitarios en la gestión administrativa de pacientes en urgencias hospitalarias:

- **Recepción y Registro de Pacientes:** Los administrativos son a menudo los primeros en recibir a los pacientes en la sala de urgencias. Su responsabilidad incluye el registro rápido y preciso de la información demográfica y de contacto de los pacientes, así como la asignación de un número de identificación.

- **Seguro Médico y Documentación:** Verifican la información del seguro médico del paciente y aseguran que esté actualizada. Además, obtienen los documentos necesarios, como tarjetas de identificación y autorizaciones, para el proceso de admisión.
- **Coordinación de Camas:** En situaciones de urgencia, los administrativos trabajan en colaboración con el personal de enfermería y médicos para coordinar la asignación de camas a los pacientes que necesitan hospitalización.
- **Registro de Historias Clínicas:** Ayudan en la recopilación de información relevante de la historia clínica del paciente, incluyendo los motivos de la visita, los síntomas, la historia médica y los registros de medicación.
- **Documentación de Procedimientos y Tratamientos:** Mantienen un registro de los procedimientos y tratamientos realizados en urgencias, asegurando una documentación precisa y completa para fines de facturación y seguimiento.
- **Comunicación con el Personal Clínico:** Facilitan la comunicación entre el personal administrativo y el clínico, transmitiendo información importante sobre la situación de los pacientes y los procedimientos que se requieren.
- **Educación a los Pacientes:** Brindan información básica sobre los procedimientos, tiempos de espera y procesos hospitalarios a los pacientes y sus familias, contribuyendo a reducir la ansiedad y el estrés.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel de los administrativos sanitarios en la gestión de pacientes en urgencias hospitalarias es de suma importancia.

Los administrativos sanitarios son esenciales para el funcionamiento efectivo de los servicios de urgencias hospitalarias. Su labor contribuye a garantizar que los pacientes reciban atención médica oportuna y adecuada en situaciones críticas, y su profesionalismo y eficiencia son fundamentales para mantener la calidad de la atención en este entorno tan exigente.

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. 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>.

3. 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>.

4. 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>.

5. 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 605

EL ADMINISTRATIVO SANITARIO Y LA LABOR DE LA GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA SANITARIA

BEATRIZ CERCEDA LORENZANA

BLANCA ANCUTA PUSCAS

CRISTINA RUIZ SORIA

1 Introducción

La gestión de la documentación clínica sanitaria es un aspecto fundamental en la prestación de servicios de atención médica de calidad. Los registros médicos y la información relacionada con la salud de los pacientes son esenciales para el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento médico adecuado. En este contexto, los administrativos sanitarios desempeñan un papel crucial al encargarse de recopilar, organizar, archivar y mantener esta documentación de manera precisa y confidencial.

Esta introducción explora la importancia de la gestión de la documentación clínica sanitaria y el papel esencial que desempeñan los administrativos sanitarios en esta área. A lo largo de este trabajo, se analizarán en detalle las responsabilidades y consideraciones clave que enfrentan los administrativos en la gestión de

la documentación clínica, incluyendo la recopilación de información precisa, la protección de la confidencialidad de los datos de salud, la organización eficiente de registros médicos y la colaboración con el personal clínico.

También se destacará la importancia de cumplir con las regulaciones de privacidad de datos de salud y utilizar sistemas de registro médico electrónicos para mejorar la eficiencia y precisión en la administración de documentación clínica. La gestión de la documentación clínica sanitaria es un proceso fundamental para garantizar la calidad y seguridad de la atención médica.

Los administrativos sanitarios desempeñan un papel central al mantener registros precisos, confidenciales y accesibles, lo que contribuye significativamente a la eficacia de los servicios de atención médica y al bienestar de los pacientes. Su compromiso con la organización, la confidencialidad y la colaboración con el personal clínico es fundamental para el funcionamiento exitoso de cualquier centro de atención médica.

2 Objetivos

Conocer las funciones del administrativo sanitario en relación con la gestión y administración de la documentación clínica sanitaria.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico y Scopus. Hemos realizado una búsqueda entre mayo de 2023 y julio de 2023.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (“clinical documentation”) AND (“health administrative” OR administrative OR “administrative assistant”).

4 Resultados

La gestión de la documentación clínica sanitaria es un aspecto crítico en el funcionamiento eficiente y seguro de cualquier centro de atención médica. Los administrativos sanitarios desempeñan un papel esencial en esta área al ser responsables de recopilar, organizar, archivar y mantener los registros médicos de los pacientes. A continuación, se describen las responsabilidades y consideraciones

clave del administrativo sanitario en la gestión de la documentación clínica sanitaria:

- **Recopilación de Documentación:** Recolectan y registran información médica de los pacientes, incluyendo historiales médicos, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos y otros datos relevantes.
- **Registro Preciso:** Aseguran que la información registrada en los registros médicos sea precisa y esté completa para respaldar la toma de decisiones médicas y el seguimiento adecuado de los pacientes.
- **Confidencialidad:** Garantizan que la información de los pacientes se mantenga confidencial y cumpla con las regulaciones de privacidad de datos de salud, protegiendo la privacidad de los pacientes.
- **Organización y Almacenamiento:** Administra el almacenamiento físico y/o electrónico de los registros médicos de manera organizada y accesible para el personal clínico autorizado.
- **Actualización Continua:** Mantienen los registros médicos actualizados con información relevante, como resultados de pruebas, informes médicos y notas de progreso.
- **Gestión de Consentimientos:** Coordinan la obtención de consentimientos informados de los pacientes para procedimientos médicos y la liberación de información médica a terceros.
- **Seguridad de Datos:** Aseguran que los registros médicos estén protegidos contra pérdida, robo o acceso no autorizado, utilizando medidas de seguridad adecuadas.
- **Registro de Comunicaciones:** Registran las comunicaciones relevantes con los pacientes, como citas médicas, consultas telefónicas, preguntas y preocupaciones, para mantener un historial completo de la atención médica.
- **Colaboración con el Personal Clínico:** Trabajan en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería para garantizar que la información médica esté disponible cuando se necesita y se utilice de manera eficiente.
- **Manejo de Documentación de Emergencia:** Saben cómo manejar la documentación clínica en situaciones de emergencia para garantizar la atención adecuada de los pacientes.
- **Cumplimiento Normativo:** Están al tanto de las políticas y regulaciones relacionadas con la gestión de documentación clínica para garantizar el cumplimiento normativo.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la gestión de la documentación clínica sanitaria es un componente crítico en el ámbito de la atención médica, y los administrativos sanitarios desempeñan un papel esencial en esta área.

La gestión de la documentación clínica sanitaria es esencial para garantizar la calidad de la atención médica y la seguridad de los pacientes. Los administrativos sanitarios son pilares fundamentales en este proceso, y su capacidad para mantener registros precisos, confidenciales y accesibles contribuye significativamente a la eficacia de los servicios de atención médica.

6 Bibliografía

1. Marquiegui, Dedier Norberto. 2012. "Los archivos de la locura en la Colonia Nacional de Alienados de Open Door. Preguntas formuladas desde la óptica de un historiador", Revista Electrónica de Fuentes y Archivos, Centro de Estudios Históricos "Prof. Carlos S.A. Segreti", vol. 3, núm. 3, pp. 286-301.
2. Muñoz, Pedro F. de. 2015. *À luz do biológico: psiquiatria, neurologia e eugenia nas relações Brasil-Alemanha (1900-1942)*, Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde), Río de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz/ Fiocruz,
3. Muñoz, Pedro, Cristiana Facchinetti y Allister Dias. 2011. "Suspeitos em observação nas redes da psiquiatria: o Pavilhão de Observações (1894- 1930)", Memorandum, núm. 20, abril, Belo Horizonte, ufmg-Ribeirão Preto, usp.
4. Porter, Roy. 1985. "The Patients's View: Doing Medical History Below", Theory and
5. Gorbach, Frida. 2011. "¿Dónde están las mujeres de La Castañeda? Una aproximación a los expedientes clínicos del manicomio, 1910", Debáts. Nuevos Mundos Mundos Nuevos, vol. 11, en .

Capítulo 606

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA: OBLIGACIÓN DE CONOCER LAS PARTES EN LAS QUE SE DIVIDE LA COCINA

MARÍA CONCEPCIÓN GARCIA-HERAS

FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ

MARÍA SOLEDAD RUIZ MOLERO

ALICIA SÁNCHEZ LLANOS

ELENA SÁNCHEZ LLANOS

1 Introducción

Una cocina hospitalaria elabora las dietas para todos los pacientes hospitalizados. Una parte de la mejoría de su salud, depende de su alimentación.

Las materias primas llegan a la cocina y los pinches, tienen que preparar los productos para ser cocinados. Es decir, lavarlos, cortarlos o lonchearlos, según las especificaciones del cocinero.

Después se elaboran las dietas, se almacenan si fuera necesario y se emplatan y transportan a las plantas de hospitalización, para ser entregadas de forma individual a los pacientes.

En la cocina, también se realizan las labores de limpieza de toda la maquinaria, mobiliario y utillaje utilizado en la elaboración de los alimentos.

Las bandejas con la vajilla y cubiertos que son devueltos, una vez que el paciente ha comido, se desbarasan, se retiran todos los restos de comida, papeles y plásticos y se introducen en un túnel de lavado. Una vez acabado el ciclo, se extraen del mismo, limpios, desinfectados y secos y se colocan en el lugar apropiado de almacén.

Es por lo que las cocinas de hospitales cuentan con cuartos de basura y con trituradores para eliminar los restos.

El Pinche de cocina, debe conocer todas y cada una de las estancias en las que se divide una cocina y tomar las medidas de seguridad e higiene necesarias, al pasar de una a otra o al manipular distintos tipos de materias primas.

2 Objetivos

Con este capítulo los autores, arriba nombrados, quieren dar a conocer las diferentes partes en las que se divide la cocina de un hospital y las medidas higiénico sanitarias que se deben tomar al trabajar en ellas.

3 Metodología

Para este capítulo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos y plataformas de internet, con el fin de encontrar información referente al tema a tratar. Se ha hecho una revisión de los datos, se han tomado los más importantes y se ha llegado a la redacción del siguiente documento.

4 Resultados

Para la perfecta elaboración de las dietas para los pacientes hospitalizados y con todas las garantías nutricionales, higiénico sanitarias y atractivas a los sentidos, las cocinas de los hospitales deben tener divididas las diferentes salas que en ella se encuentran.

Las partes de una cocina son:

- Almacenamiento: en una sala, se almacenan productos envasados que no requieren de frío. Los que necesitan refrigeración, se almacenan en otras diferentes y separadas: cámara de lácteos, cámara de verduras, cámara de pescados y cámara de carnes.
- Salas de preparación: sala de verduras, sala de pescados, sala de varios y sala de carnes. En ellas, se preparan las materias primas según las indicaciones de

los cocineros, para su posterior elaboración. Deben estar todas separadas y si un trabajador se mueve de una a otra, debe retirarse los guantes desechables y el delantal si lo ha usado, lavarse las manos y ponerse otros guantes limpios. Tampoco los productos de cada sala, pueden introducirse en otra que no sea la suya específica. Todas las salas al terminar, tienen que quedar limpias, desinfectadas y en perfecto orden.

- Sala de elaboración: está compuesta por maquinaria fija para realizar la elaboración de los productos, tales como freidoras, planchas fijas y planchas volcadoras, fogones, marmitas basculantes o fijas con grifos extractores, etc; y otro tipo de utensilios y aparataje móvil: batidoras, cacerolas, sartenes, etc.

En ella, también hay mesas de trabajo donde se realizarán los pasos previos a la elaboración.

Todo ello, tiene que ser limpiado y desinfectado para el siguiente servicio.

- Sala de elaboración de dietas para alérgicos: si algún paciente tiene algún tipo de alergia alimentaria, su dieta se realiza en esta habitación, usando menaje y utensilios únicos y específicos para tal fin. Se envasa dicha dieta y se almacena hasta el momento de ser colocada en la bandeja del paciente correspondiente.

- Plonge: es una sala con fregaderos, un triturador de basuras y un lavavajillas industrial. Una vez que se ha elaborado el producto y se ha servido en gastronorms para su emplatado, todos los utensilios móviles se llevan a esta estancia para ser limpiados y desinfectados. Tiene también una zona de almacenaje para todos los utensilios de cocina.

- Sala de emplatado: en esta sala, hay armarios calientes donde se almacena la comida de reserva a utilizar en el emplatado. Se sitúan los pinches de cocina en sus puestos en la cinta móvil y van emplatando el producto que le sea asignado.

- Sala de carros: es como el aparcamiento de los carros que se van a utilizar en el transporte de las dietas de la cocina a las plantas de hospitalización.

- Sala de preparación de cubiertos: es aquella que, como su nombre indica, se agrupa un tenedor, un cuchillo y una cuchara, se envuelve en una servilleta y se introduce en bolsas individuales para cada paciente.

- Sala de lavado: esta sala, tiene dos entradas: una para los trabajadores que están en la cocina y otra para introducir los carros que regresan de las plantas, con las bandejas que los pacientes han devuelto después de comer.

En esta estancia se encuentran unas mesas para desbarasar, un triturador de basuras y un lavavajillas industrial.

Se introduce toda la vajilla, cubiertos y bandejas para limpiar y desinfectar y salen después de ser secadas.

Si el trabajador se encuentra en la zona de desbarase y por cualquier circunstancia

debe pasar a la parte en la que se extrae el menaje, deberá cambiar su delantal, si no tuviera, desechar sus guantes de un sólo uso, lavarse las manos y ponerse otros guantes estériles.

- Sala de sucio: es aquella donde se almacena la basura generada por el trabajo en la cocina que el equipo de limpieza se encargará de retirar. Hasta aquí, llegan los restos del triturador de basuras, mediante una tubería diseñada para ello.

El trabajador debe llevar siempre su equipo de higiene puesto: gorro, uniforme, guantes, delantal (si fuera necesario) y calzas.

Si pasa de una habitación a otra o ha tocado alimentos distintos, debe retirar todo aquello que pueda contaminar las dietas.

El Pinche no podrá llevar anillos, colgantes, pulseras, piercings, broches ni ningún otro adorno, susceptible de caer o de retener polvo o suciedad.

5 Discusión-Conclusión

Para evitar contaminaciones cruzadas en los alimentos de los pacientes y para la correcta realización de todos los pasos a seguir en una elaboración de producto con garantías nutricionales e higiénico sanitarias, las cocinas hospitalarias están divididas en salas específicas.

El Pinche de cocina debe ser conocedor de todas ellas y de la labor que se realiza en cada una.

Debe saber también que al cambiar de una a otra, al ir al baño o al ausentarse de las distintas salas, tiene que desechar todo aquello que pueda contaminar algo de lo que se encuentre en cada estancia.

Cualquier error, descuido o mala praxis, puede poner en peligro la salud de los pacientes hospitalizados.

6 Bibliografía

<https://hospitecnia.com/documentacion/articulos/cocina-hospitalaria/>
"Cocina Hospitalaria"

Júlia Rocaspana Fernández, Arquitecta y BIM manager en Biorem_biomedical engineering (d D'ENGINY biorem SL) | 2018 <https://es.scribd.com/document/40629348/Cocina-hospitalaria-centralizada-el-concepto-de-marcha-adelante-organizacion-equipamiento-y-Distribucion-Secciones-de-preparacion-Emplatado-dist>

”Cocina hospitalaria centralizada, el concepto de marcha adelante, organización, equipamiento y Distribución. Secciones de preparación, Emplatado, distribución a las plantas hospitalarias. Transporte y recogida”

Nov 01, 2010

Capítulo 607

ACTUALIZACIÓN EN PROTOCOLOS DE EMERGENCIA Y EVACUACIÓN PARA CELADORES

MARÍA DEL ROSARIO GARCÍA MARCOS

MARÍA BERNARDA DOMENECH BUELE

RAÚL MARTÍN GARCÍA

ENCARNA LOPEZ CABALLERO

ELENA SÁNCHEZ LLANOS

1 Introducción

En el mundo sanitario, donde los riesgos y las emergencias pueden surgir en cualquier momento, es fundamental que los celadores, como partícipes clave en la prestación de servicios de salud y seguridad, estén actualizados en los protocolos de emergencia y evacuación. Estas actualizaciones son primordiales para garantizar una respuesta efectiva y organizada ante situaciones críticas que puedan poner en peligro la integridad de los pacientes, personal médico y visitantes en cualquier institución de salud.

La actualización en protocolos de emergencia y evacuación para celadores se traduce en una mayor eficiencia en la toma de decisiones bajo presión, la reducción de tiempos de respuesta y la optimización de recursos que se tengan a mano. Asimismo, la actualización también atiende a la clasificación y el manejo de los

distintos tipos de emergencias médicas y no médicas, incluyendo incendios, terremotos, fugas de gases, entre otros. Además se hace hincapié en el fomento de una cultura de prevención y conciencia de riesgos en el entorno laboral de los celadores.

En esta redacción se va a explorar la importancia de mantenerse al día con la últimas directrices y mejores prácticas en protocolos de emergencia y evacuación, y cómo esta formación contribuye significativamente al bienestar y la seguridad tanto del personal sanitario como de aquellos que se encuentran bajo su cuidado.

2 Objetivos

El objetivo del presente trabajo es dar a conocer la importancia de mantener una actualización en protocolos de emergencia y evacuación en la categoría de celador, dentro de las instituciones sanitarias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha tenido en cuenta una revisión bibliográfica de la literatura existente, además de la información obtenida a través de diferentes buscadores de internet, consultado páginas webs y blogs, desechando las partes menos relevantes para esta investigación.

4 Resultados

Las actualizaciones en los protocolos de emergencia y evacuación para celadores se han centrado en varios aspectos clave.

En primer lugar, se ha hecho hincapié en la capacitación y la formación continuada del personal de apoyo. Los celadores ahora reciben un aprendizaje más completo y prácticas sobre cómo actuar durante diferentes emergencias, incluyendo incendios, terremotos, escapes de sustancias peligrosas y situaciones de violencia.

Además se han establecido procedimientos claros para la comunicación efectiva en casos de emergencia. Los celadores estarán equipados con dispositivos de comunicación actualizados y han sido instruidos sobre como coordinar sus acciones con otros miembros del equipo de respuesta a emergencias y las autoridades pertinentes.

Otra mejora significativa ha sido la implementación de simulacros de emergencia regulares. Estos ejercicios permiten a los celadores y al personal de salud practicar sus roles y responsabilidades en un entorno controlado. A través de la repetición de situaciones de emergencia simuladas, los celadores adquieren confianza y habilidades para actuar rápidamente y de manera efectiva en situaciones reales.

La tecnología también ha desempeñado un papel vital en las actualizaciones de los protocolos. Los celadores ahora utilizan aplicaciones y dispositivos móviles para acceder a información crítica, como mapas de evacuación, ubicaciones de equipos médicos y datos del paciente en tiempo real. Esta tecnología les permite tomar decisiones informadas y coordinar acciones más eficientemente.

Ante un protocolo de evacuación básico, estos son algunos de los pasos que podrían seguir los celadores;

1. Conocimiento del plan de evacuación: Los celadores han de estar familiarizados con el protocolo de evacuación establecido por el centro sanitario. Esto implica conocer las rutas de evacuación, las salidas de emergencia, los puntos de encuentro,
2. Identificación de la alarma: Los celadores deben reconocer y estar atentos a las señales de alarma que se indiquen en una evacuación inminente. Estas alarmas pueden ser visuales y auditivas.
3. Notificación: El celador si descubre un incidente deberá comunicarlo a sus superiores, manteniendo la calma pero con rapidez y destreza.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la actualización de protocolos de emergencia y evacuación para celadores es esencial en el ámbito sanitario, garantizando una respuesta eficaz ante situaciones críticas que pongan en peligro a pacientes, personal médico y visitantes. Esta formación mejora la capacidad de la toma de decisiones bajo presión, reduce los tiempos de respuesta y optimiza el uso de recursos. La capacitación continua, la comunicación efectiva y la realización de simulacros permiten a los celadores desempeñar sus funciones con confianza y eficiencia. La incorporación de tecnología facilita el acceso a información crucial en tiempo real. En resumen, mantenerse al día en estas directrices contribuye significativamente al bienestar y seguridad de todos los involucrados en la atención médica.

6 Bibliografía

- CELADORES ONLINE de INSTITUCIONES SANITARIAS: Tema 20. Prevención ante Incendios. Parte I
- Editorial MAD.
- Microsoft Word - TEMA 11.doc (cgtsanidadlpa.org)

Capítulo 608

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA: POSIBLES ERRORES U OLVIDOS DEBIDO A LA RUTINA DURANTE SU LABOR

MARÍA CONCEPCIÓN GARCIA-HERAS

ALICIA SÁNCHEZ LLANOS

MARÍA SOLEDAD RUIZ MOLERO

FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ

ELENA SÁNCHEZ LLANOS

1 Introducción

El trabajo del Pinche de cocina en los hospitales, la mayoría de las veces es un trabajo mecánico y repetitivo. El empleado, a lo largo de su jornada laboral, pasa por varios puestos rotatorios en los que realiza distintas tareas. A la hora de preparar cubiertos para el servicio individual, en el lavavajillas, la cinta de emplatado, la preparación de desayunos, dietas de máquina, etc., el trabajador realiza la misma labor repetida durante un periodo de tiempo largo. Esto le puede llevar a desconcentrarse y cometer algún error impropio de su trabajo. No hay que decir que en este tipo de cocina, hay que ser cuidadoso con todo lo que se hace, ya que las dietas van a dirigidas a personas con problemas de salud o a las que se les ha intervenido quirúrgicamente y son vulnerables a los virus, bacterias y hongos, con

lo cual, extremar las medidas higiénico sanitarias, es fundamental. El responsable inmediatamente superior al Pinche, normalmente el/la Gobernante/a debe vigilar que todos los trabajadores realicen su labor adecuadamente y que ningún paciente se vea perjudicado por un descuido durante la preparación, elaboración, envasado, almacenaje o transporte de su dieta o limpieza de las salas, aparataje y utensilios de la cocina.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretenden exponer errores comunes que cometen los pinches de cocina hospitalaria, debido a la rutina repetitiva.

3 Metodología

Para el siguiente capítulo se ha hecho una búsqueda bibliográfica de acuerdo con el tema a tratar, se ha realizado revisión bibliográfica, tomando los datos más importantes y desechando los menos relevantes y se ha llegado a la redacción del documento expuesto en el campo de Resultados.

4 Resultados

Por muy consciente que sea el Pinche de cocina de un hospital, hay cosas que se hacen sin pensar. Por ejemplo: rascarse, tocarse la cara, la nariz, el pelo, cambiar de una zona a otra sin tomar medidas higiénico sanitarias obligatorias, etc. El uso de pendientes, colgantes, relojes, pulseras, piercings, broches, bolígrafos en los bolsillos, llevar colgada la tarjeta de identificación mientras se hacen ciertas cosas, son errores que pueden perjudicar al paciente. Los pendientes y el resto de adornos, no son sólo peligrosos porque al cambiar el gorro desechable, al retirarse los guantes o al moverse, puedan caer en alguna marmita, sino que suelen contener polvo o bacterias. La tarjeta de identificación del trabajador, al llevarla colgada durante el desbarase, puede mancharse con restos de comida. Si el Pinche pasa a una zona limpia, sin desinfectar dicha tarjeta, puede provocar contaminación cruzada.

La tenencia de bolígrafos en los bolsillos de la chaqueta o casaca, muy útiles para tomar notas o rellenar el documento por ejemplo, de inventario de Oficio de planta, mientras se emplata, puede caer y llegar al gastronom que contiene la comida y si esto ocurre, hay que desecharla toda.

Algunas veces, por necesidades del servicio, si un pinche está en la zona de desbarasado y su superior le traslada a la zona de extracción de vajilla limpia en el túnel de lavado, algo bastante habitual, por las prisas, puede olvidarse de quitarse los guantes, tirarlos, lavarse las manos y ponerse otros nuevos. A causa de eso, la desinfección de la vajilla, al tocarla con esos guantes, no habrá servido de nada. Al retirar residuos, bolsas de basura, embalajes de productos, al cambiar de unas salas a otras, el trabajador debe deshacerse de todos los elementos desechables y ponerse unos limpios.

En muchas ocasiones, el trabajo repetitivo y automático, puede hacer que se olviden todas esas cosas, poniendo en peligro las dietas de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Es perfectamente normal que a un trabajador, una actividad mecánica y repetitiva, le haga bajar la guardia y olvidarse de ciertas medidas que tiene que tomar a la hora de realizar su trabajo. En cuanto a la cocina hospitalaria, cualquier despiste o error, puede afectar directamente al paciente o a un gran número de pacientes. Incluso los errores o malas prácticas de las que no somos conscientes, o las que nos pueden parecer poco importantes, pueden suponer una amenaza para los pacientes con enfermedades graves, alergias o afecciones. Es por lo que el trabajador debe permanecer atento a sus labores y, en cuanto a las actividades que puedan parecerle tediosas por repetitivas, es mejor descansar unos minutos y volver al trabajo concentrado, que cometer errores que perjudiquen a los demás.

6 Bibliografía

https://revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v1_n1_a7.pdf

"Cocina hospitalaria. Seguridad del paciente desde la cocina hospitalaria"

SANUM Revista de Divulgación Científico-Sanitaria <https://revistamedica.com/calidad-seguridad-alimentaria/>

"CALIDAD Y SEGURIDAD ALIMENTARIA EN HOSPITALES"

Ocronos. Vol. IV. Nº 11–Noviembre 2021. Pág. Inicial: Vol. IV; nº11: 178 3

Capítulo 609

LA LABOR DEL CELADOR EN CONSULTAS EXTERNAS EN EL HOSPITAL

ELENA SÁNCHEZ LLANOS

MARÍA BERNARDA DOMENECH BUELE

RAÚL MARTÍN GARCÍA

MARÍA DEL ROSARIO GARCÍA MARCOS

ENCARNA LOPEZ CABALLERO

1 Introducción

En el ámbito hospitalario, los celadores desempeñan un papel de vital importancia en las consultas externas, siendo clave para asegurar el óptimo funcionamiento y una atención eficiente hacia los pacientes. Estos profesionales son asignados a una amplia gama de tareas logísticas y de asistencia, lo que se traduce en una contribución significativa para mantener la fluidez y eficacia de los servicios médicos.

Su labor ha de ser siempre enfocada desde el punto de vista humanitario, sin olvidar utilizar la empatía, ya que los pacientes acuden al centro médico, enfrentándose a largas jornadas, dentro del hospital, debido a un retraso en las consultas; o bien, están preocupados por sus patologías, con la consiguiente incertidumbre; el celador ha de mostrar sus dotes y habilidades, incluso psicológicas, dando apoyo

emocional, e intentando calmar su desasosiego. En ocasiones, puede parecer que la tarea del celador es inapreciable, pero nada más lejos de la realidad, realmente su labor es un elemento muy importante en el engranaje de la completa atención al paciente, para que esta sea plena y de calidad.

En el presente trabajo, se profundiza en el rol fundamental que los celadores cumplen en las consultas externas de los hospitales, resaltando su relevancia dentro del contexto hospitalario en general.

2 Objetivos

El presente trabajo tiene como objetivo destacar las principales funciones que desarrolla un celador, dentro del ámbito hospitalario, en las consultas externas.

3 Metodología

Para la total elaboración del presente trabajo, se ha tenido en cuenta toda la información obtenida resultado de la búsqueda bibliográfica existente. Además se han consultado diferentes buscadores de internet, referentes al tema a tratar, extrayendo datos de varios artículos y blogs.

4 Resultados

La labor de celador en consultas externas implica una serie de responsabilidades fundamentales que abarcan diversos aspectos del funcionamiento del hospital. Entre los principales resultados de su trabajo se encuentran:

1. Asistencia y acompañamiento: El celador se encarga de asistir a los pacientes en su desplazamiento a las consultas, garantizando que lleguen a tiempo y se sientan cómodos durante el proceso. Además, brinda apoyo emocional a aquellos pacientes que puedan sentir ansiedad o preocupación ante la atención médica.
2. Gestión de recursos y equipos: Los celadores son responsables de gestionar el traslado y la distribución de equipos médicos necesarios para el adecuado desarrollo de las consultas. Esto incluye la preparación de salas y la disposición de materiales médicos, asegurando que todo esté listo para el personal sanitario y los pacientes.
3. Mantenimiento del orden: en las consultas externas, donde puede haber un alto flujo de pacientes, el celador contribuye a mantener el orden y la organización

en la sala y áreas adyacentes. Su presencia es fundamental para garantizar que se respeten los turnos de atención y evitar situaciones de confusión.

4. Movilidad de pacientes: Algunos enfermos pueden requerir asistencia especial debido a su condición física o movilidad reducida. El celador se encarga de facilitar el desplazamiento de estos pacientes hasta las consultas, ya sea mediante el uso de sillas de ruedas u otros dispositivos adecuados.

5. Colaboración interdisciplinaria: El celador trabaja en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería, formando parte de un equipo interdisciplinario. Su contribución es valiosa para la comunicación efectiva entre diferentes áreas, lo que beneficia la atención integral del paciente.

Es importante que el celador mantenga claras todas sus funciones con el fin de dar la mejor calidad de asistencia a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En el ámbito hospitalario, los celadores desempeñan un papel vital en las consultas externas, asegurando el funcionamiento óptimo y una atención eficiente hacia los pacientes. Su labor logística y de asistencia contribuye significativamente a la fluidez y eficacia de los servicios médicos.

Los celadores deben enfocarse desde una perspectiva humanitaria y emplear empatía, ya que los pacientes se enfrentan a largas jornadas y preocupaciones por sus patologías. El celador brinda apoyo emocional y calma en estas situaciones. Su relevancia es indiscutible, pues se encargan de asistir y acompañar a pacientes, gestionar recursos y equipos médicos, mantener el orden en la sala y áreas adyacentes, facilitan movilidad a aquellos con movilidad reducida y colaboran con el equipo médico.

En definitiva, el papel del celador es esencial para garantizar una atención plena y de calidad al paciente en el entorno hospitalario.

6 Bibliografía

- Tema-12-Celador-SAS.pdf (comoenclaseformacion.es)
- muestra-temario-especc3adfico-y-test.pdf (wordpress.com)
- Resumen TEMA 12 - • Tema 12. El Celador en su puesto de trabajo II . El Celador en el Área de - Studocu
- Editorial MAD

Capítulo 610

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA: UNIFORMIDAD Y MEDIDAS HIGIÉNICO SANITARIAS EN SU LABOR

MARÍA CONCEPCIÓN GARCIA-HERAS

MARÍA SOLEDAD RUIZ MOLERO

FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ

ALICIA SÁNCHEZ LLANOS

ELENA SÁNCHEZ LLANOS

1 Introducción

La uniformidad en los trabajos, no es cuestión de mera apariencia.

En el caso de los trabajadores de un hospital, con el fin de que se introduzca el menor número posible de elementos que puedan provocar infecciones, el trabajador debe retirar su ropa de calle, ponerse el uniforme recogido del servicio de Lencería, perfectamente limpio y desinfectado y acudir a su puesto de trabajo.

El hospital debe proveerle de dicha uniformidad, compuesta por pantalón, chaqueta y zapatos.

También, tendrá a su alcance todo aquello que asegure las correctas medidas de higiénico sanitarias, exigidas en el lugar donde trabaja: guantes de nitrilo desechables, cubrecabezas, mascarillas y calzas desechables.

Al ser un puesto de trabajo en el que se manipulan elementos cocinados a altas temperaturas, es obligación de la gerencia hospitalaria o, en caso de privatización del servicio de Cocina, de la concesionaria, el proveer a los trabajadores de guantes térmicos para así, evitar posibles accidentes por quemaduras.

El calzado debe ser antideslizante, ya que en las cocinas, siempre se pueden encontrar líquidos derramados por accidente y el trabajador puede sufrir una caída al resbalarse.

Es muy importante que el trabajador de la categoría laboral de Pinche de Cocina, lleve puesta su uniformidad y tome las medidas de seguridad e higiene necesarias en el cumplimiento de su trabajo.

2 Objetivos

Con este capítulo los autores arriba mencionados, explicarán la uniformidad del Pinche de Cocina y los elementos a su disposición para cumplir con las medidas de seguridad e higiene, que se le exigen por ley.

3 Metodología

Para el siguiente capítulo se ha hecho una búsqueda bibliográfica de acuerdo con el tema a tratar, se ha realizado revisión bibliográfica, tomando los datos más importantes y desechando los menos relevantes y se ha llegado a la redacción del documento expuesto en el campo de Resultados.

4 Resultados

El Pinche de Cocina hospitalaria, antes de entrar, debe retirar su ropa de calle en el vestuario de Personal y ponerse el uniforme que le ha sido asignado para su tarea.

El servicio de Lencería del hospital, se encarga de la limpieza y desinfección de dicha uniformidad. En caso de que el trabajador se manche o se rompa la ropa de trabajo, siempre será repuesta de inmediato.

Del mismo modo, se le proporcionarán uno o dos pares de zapatos que debe cambiar bien cuando estén deteriorados o hayan perdido algunas de sus características para las que son utilizados, como su adherencia al suelo o su impermeabilidad. Los zapatos, una vez terminada su jornada laboral, permanecerán en el hospital donde trabaja, en la taquilla asignada a cada trabajador.

En la cocina hospitalaria, el empleado debe llevar el pelo tapado en todo momento. Por ello, siempre tiene que tener al alcance cubrecabezas desechables. Cada vez que salga de la cocina, deberá cambiarse dicho elemento, antes de volver a entrar.

La mascarilla ha sido obligatoria en todo momento en los hospitales durante la pandemia de la COVID-19, pero en la cocina de un hospital, siempre ha existido esa obligación, ya que continuamente por boca o por nariz, exhalamos fluidos que pueden llegar a los alimentos. Debe cubrir perfectamente, nariz y boca. La mascarilla se cambiará si se lleva con ella puesta 4 horas, si se fuma, come, bebe, etc.

Las manos deben ir siempre cubiertas por los guantes de un sólo uso y cada vez que el trabajador pase de una sala a otra, por ejemplo de la sala de preparación a la de elaboración, o a la de sucio o al túnel de lavado, retirará los guantes, los desechará, se lavará las manos y se pondrá unos nuevos.

En caso de uso de calzas, se realizará la misma acción.

Es importantísimo que el Pinche de Cocina utilice adecuadamente su uniformidad, la cambie cuando sea necesario, guarde los zapatos lo más aisladamente posible y que utilice todas las herramientas necesarias para cumplir con las medidas de seguridad e higiene que se esperan de él.

5 Discusión-Conclusión

Cuando una persona está hospitalizada por una afección, enfermedad o para practicársele una cirugía, es susceptible de coger infecciones, virus y bacterias, ya que su cuerpo puede estar débil de defensas.

La alimentación es algo muy importante durante su estancia y en su recuperación.

Las dietas deben cuidarse desde la materia prima o los productores intermedios, hasta su entrega al paciente, pasando por su elaboración, envasado, almacenaje y transporte.

Pero si la persona que realiza la manipulación de esos alimentos no toma las medidas higiénico sanitarias pertinentes, puede contaminar los alimentos y ser un riesgo potencial para todos los enfermos hospitalizados a los que les llegan esas dietas.

6 Bibliografía

<https://hoteralia.es/los-guantes-para-uso-alimentario-en-el-sector-de-la->

hosteleria-y-restauracion/

”Los guantes para uso alimentario en el sector de Hostelería y Restauración”

HOTERIALIA- U RS. 04 de junio de 2019 <https://www.uniuso.com/blog/cocina-hospitalaria-normas-higiene-proteccion/>

”Normas de higiene y protección en una cocina hospitalaria” ibpUniuso. 14 de abril de 2023

Capítulo 611

FUNCIONES DEL CELADOR EN URGENCIAS

ENCARNA LOPEZ CABALLERO

MARÍA BERNARDA DOMENECH BUELE

RAÚL MARTÍN GARCÍA

MARÍA DEL ROSARIO GARCÍA MARCOS

ELENA SÁNCHEZ LLANOS

1 Introducción

En el servicio de urgencias de un hospital, se presta atención médica durante las 24 horas del día, los 365 días del año. Cuando un paciente llega a urgencias, lo hace como el nombre del servicio lo indica, por una urgencia médica, en ocasiones la asistencia puede retrasarse por un tiempo prudente pero otras veces puede tratarse de un riesgo vital, debiendo ser tratada en el mismo instante. Es importante que los celadores de puerta de urgencias estén dispuestos para colaborar en la recepción de estos pacientes, donde cualquier minuto es primordial para salvar su vida. Debido a esto, el papel del celador en urgencias es de suma importancia para garantizar un adecuado funcionamiento y brindar una atención a los pacientes en situaciones críticas. Los celadores reciben a personas de cualquier edad y con muy diferentes patologías y afecciones. Como trabajadores de un hospital deben estar dotados de capacidades intuitivas y resolutivas; puede ser que la persona que acuda a urgencias sea un paciente de tercera edad, un menor de

edad o una parturienta; el celador ha de asistir al enfermo ofreciendo ayuda en la movilidad, a las personas que así lo necesiten. También puede darse el caso de atender a pacientes alterados por diversos motivos, por ejemplo, por una enfermedad psiquiátrica o por permanecer bajo los efectos de algún tipo de droga.

2 Objetivos

El objetivo del presente trabajo es mostrar las diferentes funciones desarrolladas por el celador en el servicio de urgencias, dentro del hospital, además de dar a conocer la importancia de su labor, dentro de la institución.

3 Metodología

El presente trabajo se ha basado en la búsqueda sistemática en la bibliografía existente, sobre las tareas generales de un celador dentro de una institución sanitaria. Se ha llevado a cabo una recopilación de datos en diferentes buscadores de internet, consultando varias páginas webs y documentos.

4 Resultados

El celador ha de preservar en todo caso la intimidad del paciente, ayudándolo a hacer el registro en la ventanilla de administración de urgencias, le ayudará a ponerse la pulsera identificativa en la muñeca, en la que constan el nombre completo y apellidos del paciente, su número de historia clínica y su fecha de nacimiento, y lo acompañará a la sección de urgencias que le indiquen.

En el servicio de urgencias el celador tiene la responsabilidad de asistir en el traslado de los pacientes, tanto dentro del hospital, como en el ingreso y salida de las ambulancias. Su labor es esencial para garantizar que los enfermos sean trasladados de manera rápida y segura, lo que puede ser crucial en caos de emergencia donde cada minuto cuenta.

Además los celadores son fundamentales para mantener el orden y la organización en el área de urgencias, especialmente en momentos de alta afluencia de pacientes, donde incluso, el servicio de urgencias se puede colapsar. Ayudan a coordinar la llegada y recepción de pacientes, asegurándose que son atendidos en el orden de prioridad médica.

Otra tarea de los celadores en el servicio de urgencias es colaborar con el personal médico y de enfermería en el traslado de material médico y equipos necesarios

para los procedimientos y tratamientos. Su eficacia en la distribución de recursos permite que el personal médico se enfoque en la atención médica, sin tener que preocuparse por los temas de logística.

Así mismo los celadores han de mostrar su apoyo emocional a los pacientes y familiares, sobre todo en situaciones de crisis, mostrando empatía y tranquilidad en momentos de gran tensión y preocupación, sin dar en ningún momento información tratada bajo el marco de la confidencialidad de datos, como pueden ser pronósticos sobre la enfermedad del paciente; debiendo comunicar a los familiares sobre la necesidad de ser informados por el médico.

También es función de los celadores vigilar el acceso de entrada al servicio de urgencias, controlando que el acceso sea solo para personas autorizadas, en caso de altercados con pacientes o familiares, el celador solicitará los servicios del personal de seguridad.

5 Discusión-Conclusión

En el servicio de urgencias de un hospital, los celadores cumplen un papel esencial para garantizar una atención adecuada a los pacientes en situaciones críticas. Están preparados para recibir a personas de todas las edades y condiciones médicas, mostrando empatía y resolución. Su labor incluye asistir a los pacientes en el registro y acompañarlos a la sección de urgencias, manteniendo su intimidad y privacidad. Además son los responsables de agilizar el traslado seguro de los pacientes dentro del hospital y en ambulancias. Colaboran con el personal médico y de enfermería en la distribución de recursos materiales necesarios para los tratamientos. También ayudan a mantener el orden en el área de urgencias, coordinando la recepción de pacientes. En momentos de tensión, proporcionan apoyo emocional a pacientes y familiares. Así mismo, controlan el acceso al servicio para garantizar la seguridad de todos los presentes. Su papel, determinante en urgencias, contribuye al bienestar y atención oportuna de quienes requieren atención médica urgente.

6 Bibliografía

- Funciones celadores en urgencias - [PDF Document] (vdocuments.mx)
- (PDF) Funciones celadores en urgencias - DOKUMEN.TIPS

Capítulo 612

EL CELADOR HOSPITALARIO: LABORES EN EL ANIMALARIO

JOSE ANDRES BRAVO FERNANDEZ

ALICIA SÁNCHEZ LLANOS

FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ

MARÍA SOLEDAD RUIZ MOLERO

MARÍA CONCEPCIÓN GARCIA-HERAS

1 Introducción

Nos guste o no, los animales son una parte muy importante en la investigación médica y científica.

Para poder avanzar en cirugías experimentales o en aquellas extremadamente complicadas, es necesario experimentar primero con animales. Es igual de necesario, en el caso de nueva medicación para curar las enfermedades del ser humano.

Para tener al alcance a estos animales, el hospital debe contar con unas instalaciones en las que se encuentren en perfecto estado y puedan ser estudiados adecuadamente.

Tienen que estar separadas unas especies de otras, deben tener una higiene, espacio y alimentación adecuados, una sala de experimentación y, en caso de fallecimiento, una de autopsias, zona de enterramiento e incineración.

En el Hospital Nacional de Paraplégicos, se cuenta con un Animalario en el que por ejemplo, se realizan en cerdos, cirugías experimentales muy complejas en médula espinal.

En estas instalaciones, realizan su labor médica de diversas ramas de medicina y cirugía, veterinarios para salvaguardar que los animales estén sanos, pero también los celadores, encargados de cuidar a los animales y ofrecerles todo lo que necesitan para que la investigación en ellos, sea satisfactoria.

Durante la historia de la medicina, los animales han sido de vital importancia para el avance de la misma.

2 Objetivos

Enumerar y definir las funciones de la categoría profesional de Celador, que presta sus servicios en el Animalario de un hospital.

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

Ante todo, el celador que presta servicios en un Animalario, tiene que ser consciente de la importancia de experimentar con animales, algo que puede no gustar, pero para el avance de la medicina y la cirugía en seres humanos es muy necesario.

Deberá conocer la situación de las especies con las que trabaja en el Animalario, el espacio necesario para la comodidad de los mismos y sus necesidades de alimentación, higiene y orden.

A veces, la procreación de las especies que se encuentran en un Animalario, es necesaria, con lo cual, el celador debe controlar esto y cuidar tanto de los padres como de las crías, a estas últimas también, durante su crecimiento. En otras, es innecesaria, con lo cual, debe tener a machos y hembras separados.

Ayudará a los sanitarios en cuanto al acceso a los animales y en todo aquello que le sea encomendado, dentro de sus propias funciones.

Tanto la alimentación como el resto de cuidados, será revisado por un veterinario. A veces, el animal con el que se va a investigar, debe haber estado en ayuno o con una dieta en particular, y es el encargado de estas acciones, el celador. Realiza el aseo del propio animal y su entorno, retirando los excrementos y, si fuera necesario, llevándolos al laboratorio para su análisis. Además de alimentados y con una higiene correcta, los animales tienen que estar tranquilos, ya que el estrés puede no ayudar en la investigación. En caso de fallecimiento, se encargará de su retirada, lo llevará a la sala de autopsia si fuera el caso y realizará el enterramiento o incineración, según le sea indicado. A la hora de realizar pruebas, ayudará a los sanitarios a colocarlo en la mesa de operaciones y en su sujeción. En caso de que un animal escape, también se tiene que encargar de buscarlo, capturarlo y devolverlo a su jaula correspondiente. Sobre todo, debe tener claro que esos animales tienen un fin en la investigación y cualquier tipo de encariñamiento, puede ser perjudicial para el trabajador.

5 Discusión-Conclusión

Es importantísimo que el trabajador conozca sus funciones, ya que trabajar en un Animalario es muy poco frecuente.

Debe estar preparado para el cuidado y la higiene de los animales, para encontrarse con escenas desagradables y debe evitar el encariñamiento, ya que en investigación, los animales son meros objetos que ayudan en su avance, tan necesario para el ser humano.

Tiene que seguir todas las pautas por parte de los investigadores y veterinarios, ya que del estado de los animales, depende gran parte de la investigación.

Debe ser consciente de que además de cuidar a los animales en vida, debe hacerse cargo de los mismos en caso de fallecimiento.

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. Nº 3, marzo 2021. Pág. Inicial: Vol. IV; nº3: 140

Capítulo 613

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO Y EL TRATO CON EL PACIENTE/USUARIO DE AVANZADA EDAD

FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ

EVA MARIA LOBATO DIAZ

ELENA GALÁN MORANTE

ESTRELLA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS

1 Introducción

Todas las personas tienen el derecho a ser tratados con dignidad y respeto, independientemente de su edad, género, raza, etnia, cultura, religión, etc.

El colectivo que más acude a un centro hospitalario, es el de las personas de edad avanzada. Este grupo, cada vez es más numeroso en nuestra sociedad, es decir, nuestra sociedad envejece.

Aunque la esperanza de vida se ha elevado de forma importante a lo largo de las décadas y la calidad de vida de las personas mayores, afortunadamente es mucho mejor, son la parte de la sociedad más vulnerable en cuanto a salud.

Muchos de ellos por su edad, ven mermados alguno de sus sentidos, como el de la vista y el oído, y en estos tiempos, debido al uso obligatorio de la mascarilla y

la distancia de seguridad interpersonal, por la COVID-19, les está siendo mucho más complicado comunicarse e interactuar con fluidez.

Son personas a las que se debe tratar con mucha paciencia y empatía, necesitan que instrucciones, datos o fechas, les sean repetidas varias veces para llegarlas a memorizar o, al menos, poder recordar que tienen una cita próxima para una revisión, prueba o análisis, indicado en un documento entregado a tan efecto.

Muchos de ellos, acuden solos a los centros sanitarios.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretende dar a entender la importancia de una adecuada comunicación a la hora de tratar con personas mayores, en la asistencia sanitaria por parte del auxiliar administrativo.

3 Metodología

Para elaborar este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre literatura existente; además, se han realizado búsquedas sistemáticas en diferentes plataformas de internet, así como, en varias webs y en páginas dedicadas al entorno sanitario. Se ha revisado todo lo encontrado y se ha desarrollado el siguiente documento.

4 Resultados

El Auxiliar Administrativo hospitalario es la persona que recibe e ingresa a los usuarios en el sistema de asistencia sanitaria, por ejemplo, en el servicio de Urgencias. También tramita citas para, entre otras cosas se le realicen pruebas diagnósticas a los pacientes, revisiones, etc.

Debe ser consciente de que las personas mayores por lo general, necesitan un trato distinto, ya que tienen unas cualidades físicas y mentales, mermadas por su edad.

En primer lugar, debe recibirles de una forma cordial, positiva, optimista y hacerles entender que se hará todo lo posible para solucionar su demanda o problema de salud.

Hablará de una forma sosegada, con un tono de voz intermedio y eliminará el uso de tecnicismos (puede tener que alzar la voz en ocasiones, sin gritar o llegar a ser molesto, debido a que el usuario/paciente, sufre de hipoacusia).

El Auxiliar Administrativo, tiene que cerciorarse de que han comprendido todo lo que se les ha comunicado. A menudo incluso, tendrá que darle datos o explicarles las condiciones de las citas varias veces, en el mismo tono y sin perder la paciencia.

Incidir en los datos más importantes, y si fuera preciso, el trabajador los resaltará con rotulador en el documento de próxima cita, para que con un simple vistazo, lo localicen.

Al terminar el procedimiento, se preguntará al usuario/paciente si ha comprendido todo lo explicado o si le quedan dudas. Se le informará de que si en cualquier momento y en su domicilio, le surgiera algún problema o necesitara hacer alguna pregunta, podrá llamar al número que el Auxiliar Administrativo señalará en el documento, también con algún color que resalte, para que el paciente pueda verlo de inmediato.

El Auxiliar Administrativo que trabaja en centros hospitalarios, además de formación académica adecuada, debe saber utilizar las herramientas tecnológicas a su alcance (también tiene que tener habilidades sociales), imprescindibles para realizar su labor, no solo por y para el paciente, sino porque todo debe quedar registrado para realizar estudios y encuestas para el avance en la investigación sanitaria.

Pero hay un inconveniente importante: las bolsas de empleo sanitarias públicas, exigen para trabajar como Auxiliar Administrativo, el certificado de estudios de esta categoría y de una forma equivalente, el certificado de Graduado Escolar o Graduado en ESO, con lo cual, los que no han realizado estudios en la rama administrativa, no están preparados para realizar estas labores, pero se les contrata, teniendo que ser formados por los propios compañeros, sin recibir compensación económica alguna, por labores de Docencia.

Además, por falta de preparación, tienden a cometer más errores que el trabajador preparado y algunos, han llegado a ser contratados, sin ni tan siquiera tener las nociones básicas de uso de ordenadores.

Si se le une a la presión de no conocer la tecnología a su alcance y la falta de preparación, el tener que tratar con personas que necesitan más tiempo, más paciencia y más empatía, se pueden ocasionar problemas importantes, siendo perjudicial para el paciente/usuario en lo que a su asistencia sanitaria se refiere.

5 Discusión-Conclusión

El Auxiliar Administrativo hospitalario, a lo largo de su jornada laboral, trata con personas de edades, cultura, género, etnias, razas, religiones diversas y tiene que

tratar a todo el mundo con el mismo respeto y educación.

El colectivo más representativo de nuestra sociedad, por número de personas más elevado, es el de las personas mayores.

Debido a la merma en sus aptitudes, tanto físicas como mentales a causa de la edad, la comunicación con ellos debe ser más paciente, asertiva y contar con una empatía mayor.

El trabajador deberá tener muy claro y llevarlo a cabo, para no ocasionar problemas al propio paciente/usuario que reclama asistencia sanitaria.

6 Bibliografía

1. <https://www.fundacionmayoresdehoy.org/noticias/la-atencion-sanitaria-clave-en-la-promocion-del-buen-trato-en-las-personas-mayores/>.
2. "LA ATENCIÓN SANITARIA, CLAVE EN LA PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO EN LAS PERSONAS MAYORES"
Fundación Mayores De Hoy. 22 junio, 2021. <https://revistamedica.com/atencion-colectivos-especiales-sanidad/>.
3. "ATENCIÓN A COLECTIVOS ESPECIALES POR EL PERSONAL DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD"
Ocronos. Vol. IV. Nº 8–Agosto 2021. Pág. Inicial: Vol. IV; nº8: 40.

Capítulo 614

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO Y SU OBLIGACIÓN DE CONOCER LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS PACIENTES/USUARIOS

FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ

ELENA GALÁN MORANTE

ESTRELLA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

EVA MARIA LOBATO DIAZ

ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS

1 Introducción

Una de las categorías profesionales más numerosa que presta sus servicios en centros hospitalarios, es la de auxiliar administrativo. Son los encargados de registrar y dar entrada a los pacientes al sistema sanitario. El trato con el mismo se realiza de tres formas: presencial, telemático y telefónico.

Deben tratar todos los datos según la "Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales".

Todos los pacientes y usuarios de la sanidad, tienen unos derechos y obligaciones contemplados y amparados por la "Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud".

Todos los trabajadores hospitalarios, tanto sanitarios como no sanitarios, deben ser conocedores de estas leyes, para actuar en consecuencia e informar a aquellos usuarios que la desconozcan, siempre sin extralimitarse en sus funciones.

Deben tener en cuenta que el ser desconocedores de una ley, no les exime de su cumplimiento.

Además de respetar los datos y los derechos de los pacientes, debe tratar a todos ellos con respeto y educación, independientemente de su raza, etnia, género, condición, colectivo, aspecto, cultura o situación social.

El trabajador debe entender que es la cara visible de la asistencia sanitaria y una de las primeras personas que atiende a los pacientes/usuarios.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretende enunciar algunos de los derechos y obligaciones de los usuarios/pacientes, de los que el Auxiliar Administrativo hospitalario, como el resto de trabajadores, debe ser conocedor.

3 Metodología

Para el siguiente capítulo se han analizado todos los datos obtenidos mediante una revisión bibliográfica, tanto en bases de datos como PubMed o Scielo, como en plataformas de internet. Se han desechado los datos menos importantes, tomando los más relevantes y se ha llegado a la redacción del siguiente documento.

4 Resultados

A continuación enumeraremos algunos de los derechos y deberes de los usuarios/pacientes, de los que el Auxiliar Administrativo hospitalario debe ser conocedor:

- El paciente o usuario tiene derecho a recibir atención médica adecuada de acuerdo a sus síntomas o patología. El trato será respetuoso, digno y se le informará de todas las actuaciones al respecto, ofreciéndole la documentación necesaria para que dé su conformidad a dichas pruebas sanitarias.

- Todas y cada una de las personas que acuden a un servicio de Urgencias, en demanda de asistencia sanitaria, tanto si acuden o no documentados, si su situación es legal o no, deben recibir dicha asistencia, nunca se les podrá negar.
- En todo momento podrá decidir libremente si quiere recibir un tipo de tratamiento, si se le realiza alguna prueba o atención sanitaria. Estará en su derecho de negarse a dar consentimiento a dichas pruebas y en caso de solicitarla, podrá recibir una segunda opinión, o que se le ofrezca información sobre terapias alternativas.
- Sus datos, tanto personales como sanitarios, se tratarán con confidencialidad y con la protección que obliga las siguientes leyes: "Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales" y "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".

En cuanto a sus obligaciones, entre las primordiales se encuentran:

- Deber de informar al personal sanitario, de forma veraz, de los síntomas que padece, sus dolencias, su calendario de vacunas y todo aquello que pueda ayudar en la asistencia sanitaria que demanda.
- Si quiere que se le realice la prueba de la que ha sido informado, deberá firmar el consentimiento de la misma.
- Tiene que informar de cualquier tipo de falta de ética por parte de los trabajadores tanto sanitarios como no sanitarios, de la que sea testigo, ya que de eso, puede depender su salud y la del resto de pacientes.
- Tratará con respeto al personal hospitalario, las estancias individuales y colectivas, así como el aparataje, mobiliario y utillaje a su alcance.
- En caso de desacuerdo con diagnósticos, pruebas y demás, teniendo intención de solucionar su problema de salud, deberá solicitar una segunda opinión informando debidamente al médico que le atiende en la actualidad.
- Una vez hospitalizado y si quiere abandonar, volviendo a su domicilio o se niega a su hospitalización, en contra de las sugerencias médicas, deberá dejar constancia de este hecho y pedir el alta voluntaria, eximiendo a los profesionales sanitarios de toda responsabilidad.

5 Discusión-Conclusión

Es importantísimo que todos los profesionales del sector sanitario, conozcan los derechos y deberes de los pacientes.

El Auxiliar Administrativo es, generalmente, el que se encarga de la primera toma de contacto con el paciente, del ingreso de sus datos y la puerta a la asistencia sanitaria.

Los datos deben ser tratados con confidencialidad y ser protegidos adecuadamente, según las leyes arriba citadas.

La gerencias hospitalarias, deberían informar a los trabajadores tanto de los derechos y deberes de los usuarios/enfermos, como de las leyes a cumplir como parte, en la asistencia sanitaria.

Pero aunque esto habitualmente no ocurra, el que un Auxiliar Administrativo atente contra los derechos o contra los datos de un paciente y declare no ser conocedor de estas leyes, no le exime del cumplimiento de las mismas y de poder ser sancionado tanto a nivel laboral, como civil y penal.

6 Bibliografía

1. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-8796-consolidado.pdf>.
2. "Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud".
«BOE» núm. 103, de 30 de abril de 2003 <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>.
3. "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.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2017-1200#:text=El%20art%C3%ADculo%207.1%20de%20esta,autorizaci%C3%B3n%20amparada%20en%20la%20Ley.%C2%BB.
4. "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.

Capítulo 615

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA TÉCNICA DEL SONDAJE VESICAL

ANA SONIA FERNÁNDEZ MOLPECERES

1 Introducción

La técnica del sondaje vesical es un procedimiento médico importante utilizado para drenar la vejiga urinaria en pacientes que no pueden orinar de forma natural o cuando se requiere una medición precisa de la producción de orina. Este procedimiento se realiza comúnmente en entornos de atención médica, como hospitales y clínicas, por profesionales de enfermería y médicos debidamente capacitados.

En este contexto, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel relevante y colaborativo en el proceso del sondaje vesical. Aunque la inserción misma de la sonda generalmente es realizada por un profesional de enfermería o médico, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería tiene funciones específicas que pueden ser de gran ayuda antes, durante y después del procedimiento.

Esta introducción tiene como objetivo destacar la importancia del papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de enfermería en el sondaje vesical, resaltando cómo su participación adecuada y eficiente contribuye al bienestar y comodidad del paciente, así como al correcto desarrollo del procedimiento médico.

Es importante reconocer que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es un miembro valioso del equipo de atención médica, cuyo apoyo y participación en el sondaje vesical garantiza una atención integral y de calidad para los pacientes que requieren este procedimiento. Su trabajo ético y profesional demuestra el compromiso con el cuidado y bienestar de los pacientes, y contribuye al logro de los objetivos terapéuticos establecidos por el equipo de salud.

2 Objetivos

- Funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la técnica del sondaje vesical
- Ayuda, colaboración y asistencia en la técnica del sondaje vesical

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda exhaustiva, realizando así una síntesis de la información encontrada sobre las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el sondaje vesical, bajo las palabras clave: sondaje vesical Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, funciones sondaje vesical Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y en diversos artículos de las bases de datos existentes como revistas médicas.

4 Resultados

A continuación, se detallan algunas de las funciones que puede desempeñar un Técnico en Cuidados Auxiliares de enfermería en la técnica del sondaje vesical:

1. Preparación del material: El TCAE puede ser responsable de asegurar que todo el material necesario para la técnica del sondaje esté preparado y listo para su uso. Esto incluye la sonda vesical, guantes estériles, soluciones antisépticas, jeringas para inflar el balón de retención (en caso de sondas de Foley) y paños estériles.
2. Ayuda al paciente: El TCAE puede ayudar al paciente a prepararse para el procedimiento, explicándole lo que se va a hacer y proporcionándole apoyo emocional para reducir la ansiedad y el malestar asociados con el sondaje vesical.
3. Colaboración durante el procedimiento: Durante el sondaje vesical, el TCAE puede asistir al profesional de enfermería o médico brindando los instrumentos y materiales necesarios, asegurándose de que todo esté estéril y listo para su uso.

4. Asistencia en el posicionamiento del paciente: El TCAE puede ayudar a posicionar al paciente de manera adecuada para facilitar la inserción de la sonda y garantizar la comodidad y seguridad del paciente.

5. Registro y documentación: Después del procedimiento, el TCAE puede ayudar en la documentación adecuada de la técnica, incluyendo detalles sobre el tipo de sonda utilizada, el tamaño, la cantidad de líquido de inflado del balón (en sondas de Foley), la cantidad de orina drenada, y cualquier observación relevante.

6. Apoyo técnico y logístico: El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería puede ayudar a mantener un ambiente limpio y organizado durante el procedimiento, asegurándose de que se disponga del equipo y material necesario en todo momento.

7. Observación y comunicación: Puede estar atento a cualquier signo de incomodidad o malestar del paciente durante el procedimiento y comunicarlo al profesional de enfermería o médico responsable.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel significativo en la técnica del sondaje vesical, contribuyendo de manera fundamental al bienestar y cuidado de los pacientes. Aunque la inserción misma de la sonda generalmente es realizada por un profesional de enfermería o médico, el Técnico realiza funciones clave que son esenciales para el éxito y la seguridad del procedimiento.

La preparación adecuada del material, la asistencia y apoyo al paciente, la colaboración durante el procedimiento y la observación cuidadosa son algunas de las funciones que el Técnico lleva a cabo en el sondaje vesical. Además, cumple un papel esencial en la documentación precisa de la técnica, lo que asegura que la información relevante esté disponible para el equipo de salud y permita una adecuada monitorización del paciente.

La participación del Técnico en el sondaje vesical demuestra su compromiso con la atención de calidad y su enfoque en el bienestar de los pacientes. Trabajar bajo la supervisión del personal de enfermería o médico y estar debidamente capacitado son aspectos fundamentales para asegurar la seguridad y eficacia en la asistencia a este procedimiento.

6 Bibliografía

- Jiménez Mayorga, Isabel; Soto Sánchez, María et al. Protocolo de sondaje vesical. Biblioteca Lascasas,2010;6(1).Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0509.php>

Capítulo 616

EL CELADOR: LABORES EN UNIDAD Y PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE TRAUMATOLOGÍA

ELENA SÁNCHEZ LLANOS

JOSE ANDRES BRAVO FERNANDEZ

ALICIA SÁNCHEZ LLANOS

MARÍA SOLEDAD RUIZ MOLERO

FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ

1 Introducción

La categoría profesional de Celador que presta sus servicios en centros hospitalarios, tiene unas funciones generales a todos los puestos en los que puede ser contratado. Pero también, tiene unas específicas, que varían de unas unidades o servicios a otros.

Por ejemplo, el Celador que trabaja en Almacén, realiza control y transporte de mercancías, sin tratar directamente con los pacientes.

En cambio, el de Urgencias, se ocupa de guiar, acompañar y trasladar a los enfermos a las diferentes estancias donde se le practicará la asistencia sanitaria, pruebas o análisis, entre otras tareas.

En los llamamientos para incorporación laboral, las gerencias informan al trabajador de la fecha de comiendo de su contratación, del servicio o unidad al que

debe acudir, se le dará la uniformidad necesaria para su labor, se le asignará una taquilla para guardar sus pertenencias, pero no se le informa de las funciones concretas a realizar.

En muchas ocasiones, son los propios compañeros los que realizan la labor de formación y docencia del trabajador, sin recibir compensación alguna por Docencia.

El Celador, debería ser conocedor de sus tareas, antes de comenzar su trabajo.

A continuación, vamos a enumerar y explicar brevemente, algunas de las funciones del Celador que presta su servicios en Traumatología.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretenden definir brevemente las funciones básicas de un celador en la unidad o planta de hospitalización 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

El Celador contratado para realizar servicios en la unidad de Traumatología, se encarga de asistir y realizar tareas de traslado de documentación y de pacientes. Por ejemplo, si a un paciente hospitalizado, se le tienen que realizar pruebas diagnósticas traumatológicas, el celador deberá recogerlo en la planta en la que se encuentra ingresado y trasladarlo a las dependencia donde se le realizarán dichos exámenes.

Para ello, debería tener conocimientos de ergonomía y de las formas de trasladar a los pacientes, tanto si van en silla de ruedas, cama o camilla.

Otra de sus funciones es la de colaborar con el personal sanitario en los cambios posturales de los enfermos.

Prepararán y trasladarán la maquinaria portátil y todo aquello que le sea encomendado, así como instrumental y documentación.

En planta hospitalaria de Traumatología, colaborará con los profesionales sanitarios en el aseo de los pacientes que no se sirvan por sí mismos.

Se encargará de revisar en cada turno, el buen funcionamiento de grúas, sillas de ruedas, que las balas de oxígeno estén cargadas y colocadas en su lugar, que los elementos utilizados para transferir pacientes de camilla a cama o mesa de operaciones estén en perfecto estado e informará a sus superiores de todas aquellas anomalías, mal funcionamiento o deterioro en todo ello.

Realizará labores de vigilancia de la unidad, de la entrada y salida de personal sanitario autorizado, de familiares en horas de visita y controlará que se haga uso, por parte de estos y de los propios pacientes, de todo lo que se encuentra en la planta y en las estancias comunes y en las individuales.

Realizará tareas que le sean encomendadas por sus superiores, siempre dentro de sus funciones.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que el Celador sea conocedor tanto de las funciones generales de su categoría profesional, como de las particular al servicio o unidad en la que presta sus servicios.

La categoría de Celador, tiene unas funciones generales de traslado de pacientes y documentos y de vigilancia de estancias pero, por ejemplo, en el servicio de hospitalización de Traumatología colabora con los profesionales sanitarios en la higiene de los pacientes.

Debe saber también que es responsabilidad suya en esta unidad, que el aparataje y la maquinaria a utilizar para el traslado de pacientes, funcionen perfectamente y se encuentren en perfecto estado y limpieza.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/objetivo-celador-traumatologia/>.
2. "EL CELADOR EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA"
Ocronos. Vol. VI. N° 6–Junio 2023. Pág. Inicial: Vol. VI; n° 6: 244.1.4 <https://revistamedica.com/importancia-celador-traumatologia-hospital/#::text=El%20celador%20debe%20de%20conocer,que%20no%20lo%20tenga%20permitido.>
3. "IMPORTANCIA DEL CELADOR, EN TRAUMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL".
Ocronos. Vol. V. N° 9–Septiembre 2022. Pág. Inicial: Vol. V; n°9: 183.

Capítulo 617

EL CELADOR QUE REALIZA SU TRABAJO A TURNOS. CONSECUENCIAS PARA SU SALUD

ENCARNA LOPEZ CABALLERO

JOSE ANDRES BRAVO FERNANDEZ

ALICIA SÁNCHEZ LLANOS

FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ

MARÍA SOLEDAD RUIZ MOLERO

1 Introducción

Muchos servicios de asistencia hospitalaria, deben estar operativos las 24 horas del día, los 365 días del año. Evidentemente, no se elige enfermar o tener un accidente a una hora determinada.

Para mantener estos servicios, el personal contratado debe trabajar en turnos, la mayoría de las veces rotativos en mañana, tarde y noche.

Por ejemplo, uno de los servicios que nunca cierra sus puertas y nunca cesa en sus actuaciones, es el de Admisión de Urgencias.

Allí prestan sus servicios médicos, enfermeros/as, auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos, conductores de ambulancias, personal de limpieza, de mantenimiento, de seguridad y celadores.

Los turnos rotatorios pueden parecer una ventaja a la hora de no caer en una rutina en cuanto a horario fijo de trabajo, pero a largo plazo, el trabajador puede sufrir alteraciones que perjudiquen tanto a su salud física, como a la mental e incluso, a sus relaciones sociales.

El trabajador siempre realiza las mismas labores, pero en diferentes franjas horarias.

A continuación, vamos a enumerar y explicar, brevemente, las consecuencias para el Celador que realiza su labor en turnos rotatorios de mañana, tarde y noche en el servicio de Admisión de Urgencias, que pueden afectarle tanto a nivel físico como psicológico.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretenden explicar las consecuencias de trabajar en turnos rotativos para la salud, tanto física, como psicológica y social del Celador

3 Metodología

Para elaborar el siguiente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos científicas y en plataformas de internet. Se han tomado los datos más importantes y desechado los menos relevantes y se ha llegado a la redacción del siguiente documento.

4 Resultados

El Celador en la unidad de Admisión de Urgencias, en plantas de hospitalización, en UVI, sala de partos y todas aquellas unidades en las que se trabaja las 24 horas, realiza su labor en turnos de mañana tarde y noche, por lo general.

Los ritmos biológicos periódicos del ser humano, se denominan ritmos circadianos. Por ejemplo, el ser humano por el día, permanece activo y por la noche, el cuerpo siente la necesidad de descansar. El Celador, durante el turno de mañana y tarde, no tiene problema en cuanto al horario de sueño, pero en el de noche, sufre un cambio drástico en este aspecto.

Debido a estas alteraciones, el cuerpo puede sufrir de estrés por la constante adaptación a la que se ve forzado, llegando a padecer problemas de insomnio, fatiga crónica y problemas en la circulación.

En muchas ocasiones, se deja de prestar atención a una alimentación sana o se elimina alguna de las ingestas. Por la noche, para reactivar el cuerpo, se recurre a bebidas con cafeína, teína o azucaradas.

A largo plazo, se pueden ocasionar problemas de sobrepeso, diabetes, alteraciones en el apetito, estreñimiento, etc.

Los trastornos del sueño también son habituales en personas que trabajan a turnos. Debido al constante cambio en el horario de descanso, se dificulta la llegada a la etapa REM (Rapid Eye Movement) y aunque se duerma, no se descansa. En el aspecto social, debido a los cambios constantes de turnos, las relaciones familiares, personales y sociales pueden verse alteradas, por falta de coincidencia en los horarios.

Las personas que trabajan en servicios hospitalarios con actividad las 24 horas, tratan con pacientes con problemas desde graves a muy graves de salud, con lo cual, es una labor de mucha presión tanto física como psicológica.

A causa del cansancio, las alteraciones por la turnicidad variable, la responsabilidad y el tipo de trabajo a realizar, el Celador puede llegar a sufrir consecuencias graves en su salud, tanto físicas como psicológicas y sociales.

5 Discusión-Conclusión

Los servicios sanitarios que prestan atención las 24 horas del día, los 365 días del año, tratan generalmente con pacientes/enfermos con problemas graves o muy graves.

Para mantener su actividad ininterrumpida, la plantilla laboral se organiza en turnos de mañana, tarde y noche, la mayoría de las veces rotatorios. Es decir, un mismo trabajador, realiza la misma tarea pero en diferentes franjas horarias.

En todos los servicios hospitalarios que funcionan de esta manera, el Celador es una de las categorías más numerosa en cuanto a contratación.

Debe ser conocedor de los inconvenientes y consecuencias que puede sufrir por los cambios constantes en los turnos de trabajo y, a cualquier síntoma que empiecen a padecer, deberán solicitar ayuda médica o psicológica.

6 Bibliografía

1. <https://www.metacontratas.com/el-trabajo-a-turnos-riesgos-laborales-y-medidas-preventivas/#::text=Se%20define%20%C2%ABtrabajo%20a%20turnos,24%20horas%20de%20trabajo%20diarias.>

2. "El Trabajo A Turnos. Riesgos Laborales Y Medidas Preventivas" www.metacontratas.com
<https://revistamedica.com/consecuencias-trabajo-turnos-salud/>.
3. "CONSECUENCIAS DEL TRABAJO A TURNOS SOBRE LA SALUD"
Ocronos. Vol. IV. Nº 8–Agosto 2021. Pág. Inicial: Vol. IV; nº8: 117.

Capítulo 618

AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO: FUNCIONES EN ARCHIVO

ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS

ELENA GALÁN MORANTE

FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ

EVA MARIA LOBATO DIAZ

ESTRELLA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Cuando pensamos en el sistema sanitario, nos vienen a la cabeza trabajadores como médicos o enfermeros/as.

Una de las categorías profesionales más demandada y contratada en centros hospitalarios, es la de Auxiliar Administrativo, cuya labor es de vital importancia para el correcto funcionamiento de la asistencia sanitaria.

Entre sus funciones, se encuentra la atención al usuario/paciente, de forma telefónica, telemática y presencial, con lo cual, además de estar formado en la utilización de programas y aplicaciones informáticas, debe tener habilidades sociales.

En algunos servicios hospitalarios como puede ser en Archivo, Dirección Médica, Biblioteca Científica, etc., no trata con los pacientes, sino que su labor se enfoca más a la documentación sanitaria.

Se encargan de la gestión de agendas y las citaciones a los pacientes, para que se les realicen pruebas de índole sanitario.

Los pacientes acuden a servicios médicos para ser diagnosticados o tratados, pero son numerosas las unidades que permanecen invisibles, pero que forman parte del engranaje de nuestra sanidad y que sin ellos, esta no sería posible.

Es el caso de Archivo, un servicio hospitalario en el que se archiva y se trata toda la información generada en la asistencia sanitaria.

La persona encargada de gestionar esta documentación es el Auxiliar Administrativo.

2 Objetivos

Enumerar brevemente las funciones del Auxiliar Administrativo que trabaja en el Archivo Clínico del hospital y dar a conocer la importancia de este servicio, invisible a los pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

Funciones a grandes rasgos de los auxiliares administrativos en el Archivo Clínico:

- Se encarga de ordenar, del almacenaje y la custodia de toda la documentación generada en la asistencia sanitaria.
- Garantizará el acceso a toda la documentación por parte del personal sanitario.
- Digitalizará toda la información que se encuentra de forma analógica, es decir, en formato papel, como por ejemplo, los consentimientos informados.
- Debe ser conocedor de las bases de datos hospitalarias, acceder a ellas y localizar y extraer la documentación concreta que le haya sido demandada por los profesionales sanitarios.

- Tiene que tener conocimiento de 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" y respetarlas.
 - En caso de que se le solicite documentación que aun no ha sido digitalizada y para evitar que se deteriore por el uso, procederá a fotocopiarla y entregar una copia.
 - Registrará metódicamente, todas las peticiones y entregas de documentación al personal sanitario.
 - En caso de ser informado de duplicidad en historias clínicas procederá a su fusión y en caso de errores, una vez se han comprobado los mismos, los subsanará dejando constancia de ello en el registro.
- En este servicio, el trato personal con el paciente es inexistente, pero manipula toda la documentación referente al mismo y a su asistencia sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

El Archivo Clínico, es como la memoria del hospital, y es importante que el Auxiliar Administrativo que trabaja en él, sea consciente de la importancia de la información que maneja.

Aunque no trata directamente con el paciente, sí lo hace con toda la documentación que justifica cada uno de los pasos que se le han realizado en el ámbito sanitario, todos sus antecedentes personales y familiares, sus afecciones, sus patologías, etc.

Cualquier error que cometa este trabajador, cualquier eliminación por accidente de documentación, debe informarla a la mayor brevedad posible, para que pueda ser recuperada en el menor tiempo posible.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/competencias-profesionales-administrativo-archivo-hospitalario/#::text=El%20auxiliar%20administrativo%20dentro%20de,la%20salud%20de%20los%20pacientes.>
2. "EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ANTE EL ARCHIVO DE UN CENTRO HOSPITALARIO"

Ocronos. Vol. VI. N° 3–Marzo 2023. Pág. Inicial: Vol. VI; n°3: 194.

3. <https://revistamedica.com/archivo-hospitalario-funciones/>.

4. "EL ARCHIVO HOSPITALARIO" Ocronos. Vol. IV. N° 9–Septiembre 2021. Pág. Inicial: Vol. IV; n°9: 150.

Capítulo 619

CÓMO AFECTA EL ESTRÉS A LOS ALBAÑILES, PEONES Y PERSONAL DE GESTION Y SERVICIOS DE UN CENTRO HOSPITALARIO

DIEGO RODRÍGUEZ RABADÁN ALHAMBRA

1 Introducción

El estrés no es algo nuevo de lo que se hable en la actualidad, siempre ha estado presentes en nuestras vidas.

Con anterioridad este estrés se consideraba que era bueno, ya que hacía que tuviéramos motivación y nos marcáramos objetivos concretos, por lo que tenía una connotación positiva en nuestras vidas, de hecho este tipo de estrés tienen un nombre llamado “Eustres”. Pero poco a poco el nivel de exigencia tanto en la vida laboral, como cotidiana este estrés se revirtió a algo malo para nuestra salud produciendo una serie de síntomas perjudiciales tanto físicas como psicológicas. A este tipo de estrés también tiene su propio nombre llamado “Distres”

El estrés es una respuesta de nuestro propio cuerpo cuando se presenta una situación que para nosotros consideramos de alta demanda. Esto nos hace sentir una serie de sentimientos como fracasados, decepcionados con lo que aumenta nuestra impotencia. Con lo que llega al punto de dejar de intentar el objetivo propuesto. Esto a su vez lleva a una espiral de sentirnos peor con nosotros mismo y a culparnos una y otra vez por no llegar a la finalidad propuesta.

El estrés no afecta solo a un ámbito de nuestra vida. Se van interconectando e interrelacionando en todos los ámbitos de nuestra vida. Por tanto, el estrés es

la mala gestión de nuestros sentimientos, que nos va afectando tanto psicológicamente como físicamente con cansancio, desmotivación, dolor de cabeza, dolor tensional, dolor en el pecho, malestar estomacal, problemas de sueño...

Si estos síntomas perduran en el tiempo se dice que es un estrés agudo o crónico, llevando hasta la depresión, ansiedad, llevando incluso hasta malas conductas como personal de centros hospitalarios.

2 Objetivos

- Exponer cuál es el resultado de las situaciones de estrés en el entorno laboral para la salud mental y físicas y las consecuencias en el rendimiento.
- Analizar cómo el estrés tiene consecuencia en diferentes ámbitos en el entorno laboral.
- Definir las medidas preventivas para aminorar las marcas para la salud que se origina por estrés laboral.

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, a través de la lectura de libros de psicología de la rama clínica y del trabajo, artículos médicos españoles y recogida de información de internet. En las páginas web se han buscado las siguientes palabras: distrés, eutrés, activación, despersonalización, trastornos, relajación, felicidad, tristeza.

4 Resultados

Hay que estudiar como un profesional de gestión y servicios en trabajos de albañilería y construcción, va evolucionando de un estrés denominado eutres al sistres. Este proceso se va produciendo por el cambio de conducta negativa estos pueden ser primeros cambios en la salud físicas y poco a poco va evolucionando a trastorno psicológicos.

Los síntomas físicos síntomas son:

- Trastornos musculares: contracturas, dolores tensionales, agarrotamientos la parte principal que sufre estos trastornos es la parte alta de la espalda y cuello.
- Trastornos dermatológicos: picor, enrojecimiento, herpes e incluso puede desembocar en una enfermedad psicosomática como psoriasis de gota ...

- Trastornos cardiológicos: arritmias, taquicardia
- Trastornos gastrointestinales: vómitos, diarreas, ardores, hernias.
- Trastornos respiratorios: dificultad para respirar.
- Trastornos somáticos: cefalea, visión borrosa, dolor difuso, mareos...

Los síntomas psicológicos y ya mas vinculados a los trastornos por estrés son:

- Irritabilidad
- Trastornos del sueño: pesadillas, insomnio.
- Trastornos de la sexualidad.
- Depresión.

Antes de llegar a este punto lo que hay que hacer es intentar restituir e intentar cambiar la tendencia lo más brevemente posible antes de que aumenten los síntomas y ya no solo afecte a nuestro trabajo sino también a nuestra vida social y doméstica. Para ello lo más aconsejable es buscar ayuda profesional para que nos ayude a redirigir nuestros objetivos y podamos encauzar la situación, y no llegar a un estrés crónico.

También lo que se busca es que nuestra respuesta a la situación la veamos de una manera proactiva e intentar no castigarnos a nosotros mismo al contrario recompensarnos por el esfuerzo y concedernos un valor positivo.

También nos ayudará a superar esta situación, hacer deporte de una manera moderada y adaptada a nuestro nivel para mejorar los síntomas y a socializar con nuestro entorno.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha descrito a lo largo del estudio de este capítulo el estrés hay que controlarlo y saber gestionarlo para que no se convierta en distrés y repercuta desfavorablemente en nuestra salud.

Cuando hay un aumento excesivo de estímulos esto daría lugar a pasar de una situación de estrés agudo a un estrés crónico. Con lo que ya hablaríamos de depresión, ansiedad etc. Por lo que hemos dicho anteriormente hay que intentar revertir esta situación para que nuestra vida laboral sea lo más saludable posible. No solo con nosotros mismo, sino también con nuestros compañeros que forman parte de nuestro equipo.

Para poder restablecer nuestro equilibrio tendremos en cuenta entre otras recomendaciones que nos den los profesionales las siguientes aptitudes como:

- Ser más permisivos con los demás y con nosotros mismo nos permitirá ser más tolerantes y practicaremos con ello una mejora de nuestra autoestima. Esto nos

permitirá encontrarnos mejor anímicamente y mejorar así los síntomas del estrés.

- Intentaremos ponernos objetivos realistas en la gestión de actividades diarias
 - Para la superación de estrés es imprescindible hacer deporte diario de una manera moderada, para liberar endorfinas y sentirnos mejor. Además, es recomendable practicar deportes que trabajen la respiración como el yoga y tai chi para aprender a gestionar nuestras emociones.
 - Debemos ampliar nuestro abanico lúdico, para así conseguir un apoyo social que nos haga sentir aceptados y aumentar con ello nuestra autoestima.
- Con la adquisición de estas pautas mejoraremos nuestro bienestar, y con ello avanzaremos nuestro entorno laboral.

6 Bibliografía

1. <http://www.ine.es> <http://www.who.es>
2. [http:// www. mc-mutual.com](http://www.mc-mutual.com).

Capítulo 620

EL CELADOR HOSPITALARIO Y EL CONOCIMIENTO DE LAS POSICIONES ANATÓMICAS

ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS

ELENA GALÁN MORANTE

FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ

EVA MARIA LOBATO DIAZ

ESTRELLA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La categoría profesional que presta sus servicios en sanidad, presente en todos y cada uno de los servicios o unidades, entre otros trabajadores, es el Celador. No está considerado como profesional sanitario, sino dentro del grupo de personal hospitalario no sanitario.

En la mayoría de puestos que ocupa, trata directamente con los pacientes y colabora en cambios posturales, junto al personal sanitario.

Aunque el conocimiento de las distintas posturas anatómicas, no se le exige a la hora de ser contratado, debería tener conocimiento al menos, de las más importantes y en los casos en los que cada una es más adecuada.

El posicionar incorrectamente a un paciente, por ejemplo, a un quemado, a un politraumatizado o a una embarazada, puede empeorar su salud y poner en peligro su vida.

Las gerencias hospitalarias deberían formar a los celadores en este ámbito y en ergonomía, para realizar su trabajo sin peligro de lesionarse. Pero este trabajador, suele aprender sobre la marcha, cometiendo errores y siendo corregido por sus propios compañeros o por el personal sanitario, estos, sin compensación alguna por labores de docencia.

A continuación, enumeraremos y explicaremos de forma breve, las principales posiciones anatómicas que el celador debe conocer para realizar bien su trabajo.

2 Objetivos

Enumerar y explicar brevemente las posiciones anatómicas que todo celador hospitalario debería conocer.

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

Principales posiciones anatómicas de los pacientes, que el Celador debería conocer:

- Decúbito supino: el paciente se encuentra tumbado sobre su espalda, con las extremidades extendidas, las rodillas ligeramente flexionadas y con los pies, vulgarmente llamados "en puntillas", sin que sus talones toquen la superficie de la cama. Es la posición anatómica, que ayuda al alineamiento correcto de la columna vertebral.
- Decúbito lateral: el paciente, permanecerá tumbado de lado, derecho o izquierdo según necesidad. Esta posición se suele aconsejar en embarazadas.
- Posición lateral de seguridad: recomendado en pacientes con poca consciencia, ayudándoles a respirar. Con los siguientes pasos, el celador procederá a colocarle de lado: situado junto al paciente boca arriba, coloca el brazo más cercano a él,

en un ángulo recto. El otro brazo, lo llevamos hacia el lado contrario, colocando el dorso de la mano sobre la cara, quedando el brazo cruzado sobre el pecho. La pierna opuesta al lado en el que está situado el celador, procede a su flexión sobre la otra rodilla y apoya el pie del enfermo en la cama. Girará el resto del cuerpo, hasta colocarlo de lado. La cabeza descansará sobre la mano cuyo brazo ha sido flexionado en 90 grados.

- Decúbito prono: el paciente está colocado boca abajo, el cuello deberá permanecer en una posición neutra, es decir, sin inclinación hacia abajo, ni hacia arriba, de acuerdo al eje de la columna. Las extremidades superiores, las tendrá extendidas, con las palmas de las manos apoyadas en la cama o camilla. Las piernas estiradas, con los dedos de los pies hacia abajo.

Esta postura es la adecuada para pacientes quemados o con heridas en la espalda.

- Semifowler, fowler o fowler alta: paciente sentado, inclinando su espalda hacia atrás, aproximadamente 30 grados en caso de smifowler, 45 grados en fowler y 90 grados en fowler alta, con la cabeza apoyada. En caso, por ejemplo de peritonitis, es la postura más acertada.

- Trendelemburg: el paciente está tumbado boca arriba, con una inclinación de la cama de 45 grados, permaneciendo los pies, más bajos que la cabeza. Se sitúa así a los pacientes que requieran disminución del riego sanguíneo.

- Genupectoral: también llamada posición mahometana, el paciente permanece apoyado sobre las rodillas, con la espalda estirada, los brazos cruzados sobre la cama o camilla y la cabeza sobre ellos. Se utiliza normalmente, en el traslado de embarazadas a punto de dar a luz.

5 Discusión-Conclusión

Al no considerarse la categoría profesional de Celador como sanitario, no se le exigen ciertos conocimientos a la hora de ser contratados.

Al colaborar en los cambios posturales de los pacientes con los profesionales sanitarios, debería conocer al menos, las posiciones anatómicas más importantes y a qué tipo de paciente o a qué afectación, van dirigidas.

En la mayoría de los casos, el trabajador aprende sobre la marcha, con las indicaciones del personal sanitario con el que colabora en esta tarea.

Pero en algunas situaciones, los cambios posturales se deben realizar con celeridad, por ejemplo, cuando un paciente llega politraumatizado al servicio de Ur-

gencias. La falta de preparación en este aspecto, puede ralentizar el proceso y perjudicar gravemente la salud del paciente.

6 Bibliografía

<https://enfermeriablog.com/posicionesdelpaciente/>
"POSICIONES DEL PACIENTE" enfermeriablog.com <https://yoamoenfermeriablog.com/2018/02/14/posiciones-anatomicas-basicas/>
"POSICIONES ANATÓMICAS BÁSICAS" yoamoenfermeriablog.com <https://revistamedica.com/posiciones-anatomicas-paciente-traslado-ambulancia/>
"POSICIONES ANATÓMICAS DEL PACIENTE EN EL TRASLADO EN AMBULANCIA"
Celadores 18/02/2020

Capítulo 621

EL TELEFONISTA HOSPITALARIO: ACTUACIÓN FRENTE A UNA LLAMADA DE UN PACIENTE PSIQUIÁTRICO O ALTERADO

ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS

ELENA GALÁN MORANTE

ESTRELLA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ

EVA MARIA LOBATO DIAZ

1 Introducción

La atención telefónica hospitalaria debido a la COVID-19, en muchas ocasiones, ha sustituido a la presencial.

Se ha aconsejado no acudir a centros hospitalarios, a menos que sea por urgencia o enfermedad grave.

Las citas no urgentes y las cirugías menos importantes, se han visto anuladas o pospuestas sin fecha concreta.

En algunas ocasiones, la categoría profesional hospitalaria no sanitaria de Telefonista, ha recibido llamadas de pacientes con alteraciones conductuales, enfermedades psicológicas o psiquiátricas, con síntomas de altas concentraciones en alcohol, etc, que reclamaban asistencia.

La comunicación con este tipo de pacientes es más complicada aún que la presencial, ya que la telefónica elimina muchos elementos gestuales.

Al perfil académico del/la Telefonista, no se le exige una preparación en el ámbito sanitario ni tener unas habilidades sociales para tratar con el paciente, con lo cual, puede llegar a cometer errores y provocar problemas en la comunicación.

Debería ser capaz de mediante intuición, diferenciar el tipo de paciente con el que trata: demandante en exceso, el insistente, el que necesita explicaciones sencillas, el que nunca se conforma, el que exige solución inmediata, el que reclama sus derechos pero de forma tirana, etc.

Contar con herramientas necesarias en el lenguaje, para cada tipo de persona, sería de gran ayuda en su labor.

2 Objetivos

Explicar brevemente cómo debe actuar un telefonista hospitalario ante la llamada de un paciente agresivo, con algún tipo de trastorno, adicción, etc.

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

Las personas por ejemplo, con trastornos mentales, de personalidad, obsesivo-compulsivos, con depresión, ansiedad, psicóticos, con adicciones y otras patologías, demandan insistentemente asistencia sanitaria.

En muchas ocasiones, lo hacen de forma telefónica, ya que se recomienda que para no contagiarse del virus de la COVID-19, en todo lo posible, eviten acudir a centros sanitarios.

Ante la llamada de un paciente de este tipo, el telefonista debe ser capaz de actuar correctamente.

Siempre responderá a las llamadas a la mayor brevedad posible, ya que con cada tono, el usuario/paciente se impacienta.

Si el trabajador nota algún signo extraño en la comunicación, actuará de una forma segura y firme. Realizará preguntas claras y concisas e intentará que el usuario, explique lo que le ocurre, siempre haciéndole entender que se le está escuchando y la total disponibilidad a ayudarlo en su demanda.

Se deberá utilizar un vocabulario sencillo y con un tono de voz que tranquilice al llamante.

Se intentará obtener toda información posible, tanto personal como sanitaria, incluyendo esta última, cualquier trastorno o enfermedad mental, pero que siempre sea el paciente el que pronuncie esas palabras, ya que si lo hace el telefonista, el enfermo puede sentirse insultado.

Se le indicará que la ayuda está en camino o que se va a trasladar su llamada al servicio sanitario competente.

Nunca se le debe contradecir, utilizar expresiones ofensivas, negativas, malsonantes, discutir o darle falsas expectativas.

Se evitarán todas aquellas expresiones como "no es culpa mía", "no puedo hacer nada", "no es mi competencia", ya que esto llegará al comunicante en forma de negatividad en la colaboración.

Se sustituirán por "le comprendo perfectamente", "haré todo lo que esté en mi mano", "le remitiré al profesional adecuado para que pueda ayudarlo", etc.

Si el Telefonista hospitalario siente que la situación se complica o que no es capaz de solucionar el problema, informará al usuario/paciente de que la llamada va a ser redirigida a otra persona que le pueda ayudar de una forma más adecuada y pedirá ayuda a un compañero o superior, que se harán cargo de la situación.

5 Discusión-Conclusión

Es importantísimo que los telefonistas de servicios hospitalarios, estén preparados para actuar de una forma adecuada ante pacientes con enfermedades mentales, agresivos, con adicciones, etc.

Debe ser conocedor de técnicas de comunicación para dirigir una situación tensa, a la tranquilidad.

Es de gran ayuda, dar la confianza necesaria para que el usuario/paciente, nos dé la información tanto personal como sanitaria para atenderle adecuadamente.

Hay expresiones que nunca deben utilizarse, ya que denotan indirectamente, falta de intención para la solución de la demanda.

Siempre, el trabajador, mostrará predisposición a escucharle, entenderle y hacer todo lo posible para que reciba una asistencia sanitaria, de acuerdo a su patología

o problema de salud.

6 Bibliografía

http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622004000300006

”URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS”

Gaceta Médica de Caracas versión impresa ISSN 0367-4762

Gac Méd Caracas v.112 n.3 Caracas jul. 2004 <https://revistamedica.com/actuacion-telefonista-emergencias-alteracion-psiquiatria/>

”ACTUACIÓN DEL TELEFONISTA DE EMERGENCIAS ANTE PACIENTE CON ALTERACIÓN PSIQUIÁTRICA”

Ocronos. Vol. III. Nº 2 – Junio 2020. Pág. Inicial: Vol. III;nº2:86

Capítulo 622

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO RELATA SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE ADMISIÓN DE PACIENTES

DIANA AZCARAY GÓMEZ

MÓNICA ESCRIBANO BRAOJOS

ELIA GIJON GARCIA

MARÍA LUZ GONZÁLEZ AGUADO

CRISTINA GALAN SANANDRES

1 Introducción

La admisión de pacientes es el proceso crucial de recibir e ingresar a los individuos que requieren atención médica en un hospital u otro establecimiento de salud. Este proceso implica la recopilación de información esencial, la creación de registros y la coordinación de diversos aspectos logísticos para garantizar que el paciente reciba el cuidado adecuado.

En primer lugar, la admisión involucra la recopilación de datos demográficos y médicos relevantes del paciente, como el nombre, la edad, la historia clínica y cualquier condición médica preexistente. Esta información ayuda a los profesionales de la salud a comprender la historia médica del paciente y a personalizar su tratamiento.

Además, el proceso de admisión incluye la creación de registros médicos y la generación de identificadores únicos para el paciente. Estos registros permiten un seguimiento preciso de la atención, la asignación de recursos y la facturación.

La coordinación de la ubicación y la asignación de habitaciones también es parte fundamental de la admisión. Se asegura de que haya camas disponibles y de que el paciente se aloje en el área adecuada según su condición y las necesidades médicas.

La comunicación con el paciente y sus familiares es esencial en la admisión. Proporcionar información sobre los procedimientos, las políticas y las expectativas ayuda a crear un ambiente tranquilo y empático durante la llegada al hospital.

En los casos de urgencias, la admisión se realiza de manera rápida y eficiente para brindar atención inmediata. En otros casos, se puede requerir una cita programada para evitar demoras y asegurar una atención eficiente.

La admisión efectiva es esencial para establecer el tono para la atención médica y la experiencia del paciente en el hospital. Un proceso bien coordinado, una comunicación clara y la recopilación precisa de información son aspectos fundamentales para garantizar la calidad y seguridad del cuidado de salud.

2 Objetivos

Mostrar las distintas funciones que tiene el auxiliar administrativo en el área de admisión 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 auxiliar administrativo en el servicio de admisión de pacientes desempeña un rol crucial al facilitar el proceso de ingreso y asegurar un flujo de trabajo

eficiente y ordenado. Sus funciones abarcan una variedad de responsabilidades que contribuyen a la coordinación y el funcionamiento adecuado del servicio de admisión.

Una de las principales responsabilidades del auxiliar administrativo es la recopilación y verificación de información demográfica y médica del paciente. Esto incluye la creación de registros precisos y actualizados con detalles como nombre, fecha de nacimiento, historia médica y cualquier otra información relevante. La exactitud en los registros es fundamental para una atención segura y personalizada.

Además, el auxiliar administrativo colabora en la asignación de habitaciones y camas según la disponibilidad y las necesidades del paciente. Coordinar este proceso de manera eficiente ayuda a asegurar que los pacientes sean ubicados en el área adecuada según su condición médica.

El proceso de admisión también implica la preparación de formularios y documentos necesarios para el paciente y sus familiares. Esto puede incluir formularios de consentimiento informado, información sobre políticas hospitalarias y otros documentos relacionados con el proceso de atención médica.

El auxiliar administrativo es el punto de contacto inicial para el paciente y sus familiares durante el proceso de admisión. Deben proporcionar información clara sobre los procedimientos, las políticas y las expectativas, creando un ambiente tranquilo y comprensivo para los pacientes en un momento potencialmente estresante.

Además, el auxiliar administrativo puede colaborar en la coordinación de citas programadas y la asignación de horarios, asegurando que los recursos y el tiempo se utilicen de manera efectiva.

El auxiliar administrativo en el servicio de admisión de pacientes juega un rol esencial en la recopilación de información, la creación de registros, la coordinación de habitaciones y la comunicación con los pacientes y sus familias. Su labor eficiente y organizada contribuye directamente al funcionamiento sin problemas del servicio de admisión y al inicio positivo de la experiencia del paciente en el hospital.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar un servicio de admisión de pacientes eficiente y acogedor, se recomienda mantener procesos de registro precisos y actualizados. Brindar información clara y amable a los pacientes y sus familias, así como una comunicación efectiva con el equipo médico, es esencial. Coordinar adecuadamente la asignación de habitaciones y camas según las necesidades del paciente ayuda a optimizar los recursos. Mantener un ambiente organizado y receptivo, incluso en situaciones de urgencia, mejora la experiencia del paciente. La formación continua del personal en atención al cliente y en los procedimientos de admisión también es clave para brindar un servicio de calidad y establecer un comienzo positivo en la atención médica.

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 623

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO RELATA SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE TÚMULOS HOSPITALARIO

DIANA AZCARAY GÓMEZ

MARÍA LUZ GONZÁLEZ AGUADO

MÓNICA ESCRIBANO BRAOJOS

ELIA GIJON GARCIA

CRISTINA GALAN SANANDRES

1 Introducción

Un túmulo hospitalario, también conocido como cementerio hospitalario o camposanto hospitalario, es un lugar en el que se entierran los restos de personas que fallecen en un hospital u otro establecimiento de atención médica. Estos sitios son especialmente designados para el entierro de pacientes que no tienen familiares o que no pueden ser reclamados por sus parientes después de su fallecimiento.

Los túmulos hospitalarios cumplen un propósito humanitario al brindar un lugar de descanso digno para aquellos que han perdido la vida y no tienen una red de apoyo que se haga cargo de sus restos. Estos lugares son administrados con respeto y cuidado, asegurando que los fallecidos reciban un trato adecuado incluso después de su muerte.

En algunos casos, los hospitales pueden trabajar en colaboración con autoridades locales o entidades responsables de la gestión de cementerios para garantizar un entierro apropiado. También pueden brindar servicios de velatorio o ceremonias conmemorativas, según las creencias religiosas o culturales de la persona fallecida.

Si bien los túmulos hospitalarios son una solución para casos particulares en los que no se puede gestionar un entierro a través de medios familiares, es importante que haya una consideración ética y humanitaria en la gestión de estos lugares. Además, es crucial que se respeten los derechos y deseos del paciente en la medida de lo posible, incluso después de su fallecimiento.

Un túmulo hospitalario es un espacio destinado al entierro de personas que fallecen en hospitales sin parientes o recursos para encargarse de sus restos. Estos lugares cumplen un rol humanitario al proporcionar un lugar de descanso digno y respetuoso para aquellos que han perdido la vida en circunstancias especiales.

2 Objetivos

Mostrar las distintas funciones que tiene el auxiliar administrativo en el área de túmulos o cementerio hospitalario.

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 el área de túmulos hospitalario al contribuir a la gestión y coordinación de los procesos relacionados con el entierro digno de aquellos pacientes que no tienen familiares o recursos para hacerse cargo de sus restos. Sus funciones son fundamentales para asegurar que se respeten los derechos y deseos del paciente incluso después de su fallecimiento.

Una de las responsabilidades clave del auxiliar administrativo en esta área es la documentación y el registro preciso de los fallecidos. Esto implica mantener registros detallados de las personas que son enterradas en el túmulo hospitalario, incluyendo su nombre, edad, detalles de la admisión, fecha de fallecimiento y cualquier información relevante. La precisión en estos registros es esencial para el seguimiento y la gestión adecuada de los entierros.

El auxiliar también puede encargarse de la coordinación logística de los entierros. Esto incluye la programación de los procedimientos, la comunicación con el personal del hospital y la colaboración con las autoridades locales o entidades responsables de la gestión de cementerios. Asegurarse de que los procedimientos se realicen con respeto y cuidado es una responsabilidad importante.

Además, el auxiliar administrativo puede colaborar en la organización de servicios conmemorativos o ceremonias de acuerdo a las creencias religiosas o culturales de la persona fallecida. Esto puede incluir la coordinación de capillas o espacios adecuados para realizar estas ceremonias.

La comunicación con el personal médico, el personal de seguridad y otros departamentos del hospital también es esencial. El auxiliar administrativo debe asegurarse de que todos estén informados y coordinados para garantizar un proceso de entierro sin problemas.

El auxiliar administrativo en el área de túmulos hospitalario desempeña un rol vital en la documentación precisa, la coordinación logística y la comunicación efectiva para asegurar el entierro digno de los pacientes que no tienen familiares o recursos para hacerlo. Su labor contribuye directamente al respeto y la consideración ética hacia aquellos que han perdido la vida en circunstancias especiales, incluso después de su fallecimiento.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar un buen funcionamiento del servicio de túmulos hospitalario, se recomienda mantener registros precisos y actualizados de los fallecidos, coordinar procedimientos con respeto y sensibilidad, y colaborar con entidades locales para asegurar un entierro digno. Comunicación fluida con el personal médico, seguridad y otros departamentos es esencial. Organizar servicios conmemorativos según creencias culturales y religiosas añade respeto y significado. Mantener la confidencialidad y la empatía en todas las interacciones es crucial. La formación

continua en ética y protocolos garantiza una gestión sensible y humana del área de tómulos hospitalario, brindando el último acto de respeto y cuidado a aquellos que han fallecido sin recursos o familiares.

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 624

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO RELATA SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE ONCOLOGÍA HOSPITALARIA

DIANA AZCARAY GÓMEZ

CRISTINA GALAN SANANDRES

MARÍA LUZ GONZÁLEZ AGUADO

MÓNICA ESCRIBANO BRAOJOS

ELIA GIJON GARCIA

1 Introducción

La oncología hospitalaria es una rama de la medicina especializada en el diagnóstico, tratamiento y atención integral de pacientes con cáncer. Se lleva a cabo en un entorno hospitalario altamente especializado y multidisciplinario, donde un equipo médico colabora para brindar un enfoque integral a los pacientes que luchan contra esta enfermedad.

Los oncólogos hospitalarios son médicos especializados en oncología que se encargan de coordinar y supervisar el tratamiento de pacientes con cáncer. Trabajan en estrecha colaboración con otros especialistas médicos, como cirujanos, radioterapeutas, patólogos y enfermeras oncológicas, para desarrollar planes de tratamiento personalizados basados en la etapa, el tipo de cáncer y las necesidades individuales del paciente.

En la oncología hospitalaria, se utilizan diversos enfoques de tratamiento, que pueden incluir cirugía, quimioterapia, radioterapia, terapias dirigidas y medicamentos inmunoterapéuticos. La monitorización constante y el ajuste de los tratamientos son esenciales para adaptarse a la respuesta del paciente y minimizar los efectos secundarios.

Además del tratamiento médico, la oncología hospitalaria también se enfoca en brindar apoyo emocional y psicológico a los pacientes y sus familias. La detección temprana, la educación sobre el cáncer, la prevención y el seguimiento a largo plazo también son componentes importantes de esta disciplina.

La investigación también desempeña un papel significativo en la oncología hospitalaria, ya que los avances médicos y terapéuticos continúan mejorando la calidad de vida y las tasas de supervivencia de los pacientes con cáncer. Los ensayos clínicos y la investigación en nuevos tratamientos son parte integral de esta área.

La oncología hospitalaria es una especialidad médica que se dedica al diagnóstico, tratamiento y atención integral de pacientes con cáncer. Con un enfoque multidisciplinario, tecnología avanzada y atención personalizada, esta disciplina busca mejorar la calidad de vida y las perspectivas de supervivencia de quienes luchan contra esta enfermedad.

2 Objetivos

Mostrar las distintas funciones que tiene el auxiliar administrativo en el área de oncología 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 auxiliar administrativo en el servicio de oncología hospitalaria juega un rol esencial en la gestión y coordinación de las actividades administrativas que permiten un funcionamiento eficiente y ordenado de esta área especializada. Sus funciones son fundamentales para apoyar tanto a los pacientes como al equipo médico en la lucha contra el cáncer.

Una de las principales responsabilidades del auxiliar administrativo es la coordinación de citas y horarios para los pacientes de oncología. Esto implica programar consultas, pruebas y tratamientos de manera eficiente para evitar largas esperas y optimizar el uso de recursos médicos.

El manejo de la documentación es otro aspecto clave. El auxiliar administrativo debe mantener registros detallados y actualizados de los pacientes, que incluyen historias clínicas, informes de diagnóstico y otros datos relevantes. La exactitud en la documentación es esencial para garantizar una atención segura y continua.

La comunicación con los pacientes es crucial. El auxiliar administrativo debe brindar información clara sobre procedimientos, tratamientos y pautas a seguir. Ser empático y estar disponible para responder preguntas y preocupaciones contribuye a la tranquilidad de los pacientes y sus familias.

Además, el auxiliar administrativo puede colaborar en la gestión financiera, verificar la elegibilidad del seguro médico de los pacientes, generar facturas y coordinar los pagos. Esto asegura una administración financiera precisa y permite a los pacientes comprender los costos asociados.

La colaboración con el equipo médico y de enfermería también es esencial. El auxiliar administrativo puede asistir en la coordinación de recursos y suministros necesarios para el tratamiento de oncología, asegurando que estén disponibles y en buen estado.

El auxiliar administrativo en el servicio de oncología hospitalaria desempeña un papel crucial en la coordinación de citas, la gestión de documentación, la comunicación con los pacientes y la gestión financiera. Su labor eficiente y organizada contribuye directamente al funcionamiento efectivo del servicio y al bienestar de los pacientes que enfrentan la lucha contra el cáncer.

5 Discusión-Conclusión

Para asegurar un funcionamiento óptimo del área de oncología hospitalaria, se recomienda coordinar eficazmente las citas y tratamientos, mantener registros precisos y actualizados, y brindar comunicación clara a los pacientes y sus familias. La colaboración estrecha con el equipo médico y de enfermería es esencial para garantizar una atención integral. Asimismo, una gestión financiera precisa, incluida la verificación del seguro médico, contribuye a la transparencia y satisfacción del paciente. Mantener un ambiente cálido y empático, junto con la formación continua en procedimientos y protocolos, asegura un servicio de calidad y un entorno de apoyo para quienes enfrentan la lucha contra el cáncer.

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 625

DETECCIÓN PRECOZ DE LOS DAÑOS RELACIONADOS CON LAS CONDICIONES DE TRABAJO QUE TIENE LA PROFESIÓN DE ALBAÑIL Y PEONES DEL EQUIPO DE MANTENIMIENTO PERTENECIENTES AL GRUPO DE GESTIÓN Y SERVICIOS HOSPITALARIOS

DIEGO RODRÍGUEZ RABADÁN ALHAMBRA

1 Introducción

Cada puesto de trabajo se debería adaptarse a cada trabajador, tanto a sus características personales y físicas, también deberían tener en cuenta los espacios de trabajo, la instalación en donde se va a realizar la función además de las máquinas, herramientas bancos de trabajo, equipos de protección individual adaptado al puesto de trabajo que se valla a realizar, si hay algún tipo de patología permanente como hernias, reumas, dolencias crónicas, algún tipo de discapacidad.... O transitorias como embarazos, periodo de lactancia. Todos estos factores son determinantes para adaptar el puesto de trabajo a las condiciones y circunstancias personales del trabajador.

Por esta razón el departamento de riesgos laborales, en las vigilancias de la salud establece procedimientos para la detención de los daños y la adaptación al puesto de trabajo si las circunstancias lo requieren.

Desde Salud Laboral la Comisión de Salud Pública, se abordó la elaboración de protocolos de vigilancia sanitaria específica de trabajadores/as expuestos a riesgos en el lugar de trabajo, en el caso de los albañiles se centra sobre todo en los físicos, ya que son propensos a tener una deficiencia en esta área, ya que por sus funciones, suelen coger bastante peso y movilizan cargas lo que le suele ocasionar varias dolencias en articulaciones (rodillas, hombros, espalda, cuello.) dolor tensional (cabeza, hombros, cuellos) aunque en la actualidad le dan el mismo valor a otro tipo de riesgos laborales.

Con esta vigilancia periódica le dan una continuidad en las enfermedades a los profesionales de los centros sanitarios.

Los implicados en la prevención de Riesgos Laborales tienen un protocolo de actuación que garantice un eficiente cumplimiento del derecho del trabajador.

2 Objetivos

- Detectar de manera precoz los daños que estén relacionado con las condiciones de trabajo.
- Promover que cada puesto esté adecuado a los trabajadores.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática utilizando una serie de buscadores específicos de Ciencias de la Salud como son Dialnet, Scielo, Cinhal, Lilacs, Google Académico y Pubmed español.

También hemos obtenido gran información en libros de texto sobre Prevención de Riesgo Labores y Ergonomía de la salud. Se encontraron algunas tesis doctorales referentes a este tema, todos en un periodo establecido desde 2009 hasta 2019. Se encontraron estudios 54 y de ellos fueron seleccionados 5 artículos.

Se utilizaron algoritmos booleanos como “and” y “or” para llevar a cabo dicha búsqueda. Los escriptores utilizados fueron: “detección”, “puesto”, “trabajo”, “daños”, “condiciones”.

4 Resultados

El nuevo marco normativo en materia de Prevención de Riesgos Laborales supone, entre otras cuestiones,

1. Que se debe modificar la forma de realización de los reconocimientos médicos que tiene derecho el trabajador.
2. Deben ser estos periódicos, específicos relacionados a los riesgos a los que son expuestos.
3. Que se realice con consentimiento del trabajador e informarle, sin que pueda constituir una discriminación ni perjuicios a este trabajador/a.

Entre los Protocolos de vigilancia sanitaria específica de los trabajadores/as cabe destacar aunque no tenga mucho que ver con su puesto específicos de peón y albañil, pero sí que tienen que manipularlos en ciertas ocasiones al estar en centros sanitario y son:

- Agentes biológicos
- Alveolitis alérgica extrínseca
- Amianto
- Asma laboral
- Dermatitis laborales
- Manipulación manual de cargas
- Movimientos repetitivos
- Neuropatías
- Pantallas de visualización de datos
- Plaguicidas
- Plomo
- Posturas forzadas

La Vigilancia de la Salud debe de tener unas características como son:

Garantizada: Esta será garantizada por el empresario restringiendo el alcance de la misma a los riesgos inherentes al trabajo.

Específica: Como hemos descrito en el punto anterior deberán ser específica dependiendo de los riesgos que tenga cada puesto de trabajo.

Voluntaria: Salvo que por los riesgos continuos de su puesto el empresario le obligue por llevar una evolución de la salud del trabajador.

Confidencial puesto que la información médica es restringida solo al propio trabajador, a los servicios médicos y a la autoridad sanitaria.

Ética: Ya que debe garantizar una serie de principios como el respeto a la intimidad, a la dignidad del trabajador, como reiteramos a la no discriminación por motivos de salud.

Prolongada: En el caso de que una vez se finaliza la relación laboral, se ocupara de estos reconocimientos el sistema Nacional de Salud.

Contenido ajustado: Es decir que se adaptara según la normativa que se aplique en el momento del reconocimiento.

Realizada por personal sanitario con competencia técnica, formación y capacidad acreditada: es decir por médicos especialistas en Medicina del Trabajo o diplomados en Medicina de Empresa y enfermeros de empresa.

Planificada: Tiene que tener una periodicidad justificada según la exposición al puesto si este riesgo no se puede eliminar, o por el propio estado de salud del trabajador.

Este control de salud deberá incluir:

- Una evaluación de la salud de los trabajadores inicial, después de la incorporación al trabajo o después de la asignación de tareas específicas con nuevos riesgos para la salud.
- Una evaluación de la salud periódica específica, por trabajar con una serie de riesgos en su puesto de trabajo y según la legislación vigente controlar las posibles enfermedades que entrañen la actividad laboral y su exposición a dichos riesgos.
- Una evaluación de la salud después de una ausencia prolongada por motivos de salud.

5 Discusión-Conclusión

A nivel de la vigilancia de la salud se entenderá, como la recogida de datos continua y sistemática con respecto al ámbito de prevención buscando unos objetivos que son los siguientes;

- Objetivos: individuales: este son los relacionados con el propio sujeto que es sometido al reconocimiento médico. Estos objetivos concretan entre otros la detección precoz de posibles consecuencias negativas, por la realización de las funciones laborales. Depende de las condiciones de trabajo y la sensibilidad que tenga esta persona a estos riesgos, además del estudio de la adaptación del puesto de trabajo a sus características específicas.
- Objetivos colectivos. Es a los riesgos que se somete un colectivo en el mismo ámbito laboral y que comparte los mismos riesgos es su puesto de trabajo.

Otra particularidad que tienen que tener el servicio de vigilancia al trabajador, es que se haga por personal sanitario cualificado por eso la empresa tiene varias opciones dependiendo el coste entre otros principios. Puede elegir entre llevarlo

a cabo ellos mismo a través de un Servicio de Prevención propio de la empresa. O a través de una empresa externa que haga las funciones de vigilancia de la Salud.

Este servicio debe de estar constituido por

- Una unidad básica de Salud formada por un médico del trabajo y un ATS del trabajo.
- Servicio de Prevención Ajeno contratado por la empresa y que estará también constituido por una Unidad Básica de Salud.

6 Bibliografía

- Rodríguez-Jareño Maria Cruz, Molinero Emilia, Montserrat Jaume de, Vallès Antoni, Aymerich Marta. Calidad y adecuación técnica a la normativa de los exámenes de vigilancia de la salud de la población trabajadora en relación con su finalidad preventiva. Arch Prev Riesgos Labor [Internet]. 2016 Sep; 19(3 : 146-165.
- Romeral Hernández, Josefa. (2012). Gestión de la seguridad y salud laboral, y mejora de las condiciones de trabajo: El modelo español. Boletín mexicano de derecho comparado, 45(135), 1325-1339.
- Rufino San José Marisa. Vigilancia de la salud pública. Med. segur. trab. [Internet]. 2011 Mar ; 57(222): 1-4.

Capítulo 626

SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO EN LOS PROFESIONALES DE LA CONSTRUCCIÓN (ALBAÑILES Y PEONES), DEL EQUIPO DE MANTENIMIENTO DEL GRUPO DE GESTIÓN Y SERVICIOS HOSPITALARIOS

DIEGO RODRÍGUEZ RABADÁN ALHAMBRA

1 Introducción

El túnel carpiano es un estrechamiento de los huesos y ligamentos que se tiene en la base de la mano en donde están localizados tanto los nervios como los tendones, que producen una compresión de este nervio desde la muñeca. Este produce dolos y entumecimiento de los dedos, llegando a producir una limitación de movimiento.

El túnel carpiano es un canal o área, que está en la muñeca, tiene el nombre de los huesos que se llaman carpos, estos se encuentran agarrados por un ligamento llamado ligamento carpiano transversal. Todo ello forma una estructura similar a la de un túnel de ahí el nombre de túnel Carpiano. Por este túnel pasan estos tendones que tiene la función de flexionar y controlar el movimiento de los dedos. Por eso cuando sufres de esta patología hay una limitación de movimiento de los

dedos. También pasa el nervio mediano que este llega a las células sensoriales de la mano, por eso otro de los síntomas, es el entumecimiento de los dedos.

Cuáles son los Trabajos más comunes que suelen sufrir esta dolencia;

- Los que producen un apoyo seguido y repetitiva que puede provocar lesiones nerviosas por compresión.
- Los oficios que tengan movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión.
- Trabajos como movimientos repetitivos

2 Objetivos

- Descripción de signos y síntomas característicos del síndrome del túnel carpiano.
- Establecer las causas más frecuentes del síndrome del tunel carpiano.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática utilizando una serie de buscadores específicos de Ciencias de la Salud como son Dialnet, Scielo, Cinhal, Lilacs, Google Académico y Pubmed español.

También distintos medios de difusión como internet, con artículos científicos publicado.

4 Resultados

Los síntomas más comunes y característicos son:

- Hormigueo de dedos y entumecimiento de mano y muñeca, Incluso en ocasiones un dolor puntiagudo que nos puede llegar hasta el codo.
- Restricción de movimiento de los dedos de la mano
- Dolor a nivel de muñeca, aunque se puede irradiarse por el territorio del nervio
- Calambres en las manos
- Parestesias por la noche; sensación de hormigueo, adormecimiento, como si las manos fueran de corcho.
- Sensación de hinchazón en mano, aunque esta inflamación no sea visible también puede aparecer sensación de inutilidad de los dedos.

Estos síntomas se alivian agitando las manos y modificando la postura, pero a medida que la enfermedad va evolucionando y el dolor tiende a repetirse varias veces a lo largo del día, incluso por la noche llegando a producir alteraciones del sueño.

Persistencia del dolor estos se producen sobre todo el dedo pulgar, índice y anular. Estos van alterando poco a poco el tacto ya que se duermen las puntas de los dedos.

Empiezas a dificultar la vida cotidiana, ya que dificulta los movimientos típicos de la psicomotricidad fina como abotonar una camisa, este dolor con el tiempo puede irradiar al antebrazo, al brazo e incluso al hombro.

En situaciones más avanzadas se producen:

- Alteración del movimiento, con lo que pierde fuerza y capacidad de apretar objetos, esto te limita laboralmente y cotidianamente.
- Atrofia (disminución del tamaño del músculo) y pérdida de fuerza, masa muscular de la mano que se encuentra en la base del pulgar.
- Empezamos a subir el Fenómeno de Raynaud, es unos espasmos vasculares que bloquean el flujo sanguíneo de los dedos de las manos, causados por movimientos repetitivos entre otras causas.

¿Por qué aparece el síndrome del túnel carpiano? pueden ser diversas causas:

- Que tenga el túnel genéticamente más estrecho que los demás por lo que es propenso a sufrir esta dolencia.
- Que tenga alguna lesión en la muñeca
- Que se la hinche las manos y tenga así un estrechamiento del túnel.
- Puestos de trabajo que remarque esta dolencia, por sus movimientos, por su duración...

Estos síntomas del trastorno del túnel carpiano generalmente comienzan gradualmente. Los síntomas pueden ser en una mano o en las dos manos a la vez en el 50% de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La detección y tratamiento tempranos son muy importantes para prevenir daño en correlación con las distintas tareas que pueden ocasionarlas.

Así mismo, el Síndrome del Túnel carpiano también puede ser considerado como Accidente de Trabajo cuando es consecuencia de una antigua fractura causada por un accidente de trabajo que ciertos motivos y con posterioridad afecte la anchura del túnel carpiano y esto puede producir la opresión nervio mediano.

Causas de origen laboral

Las principales causas originadas en el trabajo que afecte a esta dolencia del síndrome del túnel carpiano son:

- Realización de movimientos forzados repetidos
- Flexión y extensión de la muñeca
- Pronación - supinación de la mano
- Apoyos prolongados o repetidos sobre superficies duras o aristas en el talón de la mano
- Utilización de herramientas que actúan por percusión

Estas causas también van a depender del tiempo de exposición, de la intensidad del riesgo, así como la reiteración de la presión.

Para determinar cuáles son los factores concretos del riesgo que el trabajador es sometido es necesario realizar un diagnóstico de las causas concretas en su puesto de trabajo y las circunstancias por la que el trabajador esta sometido. Con todo ello el personal encargado de evaluar riesgos ergonómicos realizara un estudio de los factores de riesgos que tiene y una evaluación de como evitarlos en la manera de los posible.

6 Bibliografía

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

Capítulo 627

ACTUACIÓN FRENTE A RIESGO BIOLÓGICO

SONIA ABAD CORTES

1 Introducción

El personal sanitario y no sanitario está expuesto a sufrir accidentes biológicos dentro del hospital, ya que están expuestos a estar en contacto con pacientes o con otros fluidos potencialmente infecciosos.

Entre el personal sanitario los accidentes mas frecuentes son los pinchazos con agujas o instrumentos cortantes, pudiendo derivar estos en enfermedades infecciosas como VIH, VHB y VHC, en cambio el personal no sanitario está expuesto a accidentes como pueden ser en las relaciones sexuales no protegidas con personas infectadas o de estado serologico desconocido.

Los fluidos potencialmente infecciosos son : semen, secreción vaginal, LCR, L. sinovial, L. pleural, L.peritoneal, pericardio y L.Amniotico. En cambio no se consideran infecciosos: Heces, secreción nasal, saliva, esputo, sudor, lagrimas, orina y vómitos a menos que contengan sangre.

Según las estadísticas de trabajo de la Unión europea el nº de accidentes laborales del personal de un hospital es un 33% mas alto que el de cualquier otro ámbito profesional.

Los accidentes nunca son fortuitos, existen factores controlables y evitables que aumentan el riesgo de aparición, por lo que se deben establecer procedimientos de trabajo adecuados y adaptados a las medidas de protección colectiva o individual para minimizar el riesgo de accidente biológico, ademas de seguir unas normas de higiene personal.

2 Objetivos

Los Objetivos son:

- ☒ Reconocer las situaciones y las técnicas de mas riesgo de accidentes.
- ☒ Exponer los equipos de protección individual para minimizar y evitarlos.
- ☒ Exponer las normas de higiene personal.

3 Metodología

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

4 Resultados

En la actualidad las enfermedades mas infecciosas a las que mas expuestas se está en el ámbito sanitario son las viricas, las mas destacadas son :

Hepatitis B (VHB), Hepatitis C (VHC) y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

La actuación en caso de:

Corte o punción: Retirar el objeto causante, limpiar la herida con agua corriente o suero fisiológico durante 2 a 3 minutos, lavando con agua y jabón, desinfección de la herida con antiséptico (yodo9, cubrir la herida con apósito impermeable.

Salpicadura a piel: Lavar con abundante agua y jabón.

Salpicadura a mucosa: Lavar con abundante agua o suero fisiológico durante 10 a 15 minutos.

Los agentes biológicos se pueden clasificar según su especie y su peligrosidad.

Según su especie:

☒ Bacterias(organismos unicelulares simples, se adaptan a cualquier medio,se multiplican por división simple, su vía de entrada son las heridas y la ingesta de alimentos infectados).Las enfermedades mas comunes por ellas son tétanos, Salmonelosis, estafilococos.

☒ Virus(agentes parasitos patogenos no celulares, solo detectable al microscopio, crecen y se multiplican dentro). Las enfermedades mas comunes por virus son Hepatitis virica, Rabia, Meningitis, Herpes y Sida.

☒Hongos(su hábitat es el suelo, son parásitos de animales como vegetales, se manifiestan a través de la piel.

☒Parásitos(organismos animales,se desarrollan dentro del organismo humano. La enfermedad mas común por ella es la Malaria.

Según su peligrosidad, existen 4 grupos dependiendo de los distintos niveles de peligrosidad:

☒Grupo1: Agente biológico poco probable de causar enfermedad en el hombre.

☒Grupo2: Agente patógeno, causa enfermedad en el hombre, poco probable que propague y con tratamiento profilácticos eficaces.Ejemplo” Virus de la gripe”.

☒Grupo3: Agente patógeno, causa enfermedad grave y se propaga, existe profilaxis. Ejemplo “ Tuberculosis, Virus hepatitis B”.

☒Grupo4: Agente patógeno, causa enfermedad grave,mucha posibilidad de propagación, no existe tratamiento profiláctico. Ejemplo” Virus Ébola”.

5 Discusión-Conclusión

El riesgo de contagio biológico en el ámbito sanitario se puede disminuir si se cumplen una serie de medidas preventivas:

☒Vacunación de la hepatitis B.

☒Seguir normas de higiene personal.

☒Utilizar elementos de protección de barrera.

☒Manejar correctamente objetos punzantes y cortantes.

☒Desinfectar y esterilizar.

☒Eliminar residuos.

☒Evitar salpicaduras de sangre o fluidos orgánicos sobre superficies u objetos.

Generalmente los riesgos biológicos dañan nuestra salud y lo hacen a través de infecciones , alergias, envenenamientos o efectos tóxicos. Muchas veces sus síntomas son visibles y otras veces tardan mas en dar la cara, por ello es importante realizar controles periódicos de salud a los trabajadores, para atajarlos lo antes posible con el fin de que no se ponga en riesgo la propia vida del trabajador, y en los casos mas graves se evite la propagación entre los trabajadores.

El departamento dentro de la empresa encargado de velar por la buena salud de sus trabajadores es, el departamento de prevención de riesgos laborales, con ello se evitarán bajas y favorecerá a que la productividad aumente.

6 Bibliografía

1. Agentes biológicos. Definiciones. (n.d.). Unizar.Es. Retrieved July 24, 2023, from <https://uprl.unizar.es/higiene-industrial/agentes-biologicos-definiciones>
2. Del Prado, J. (2019, January 16). Cómo se clasifican los riesgos biológicos. Blog de PRL - IMF Smart Education; IMF International Business School. <https://blogs.imf-formacion.com/blog/prevencion-riesgos-laborales/especial-master-prevencion/clasificacion-riesgo>
3. Investigación, R. S. (2022, March 20). Agentes biológicos y salud laboral. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/agentes-biologicos-y-salud-laboral/>
4. Riesgos Biológicos - INSST - Portal INSST - INSST. (n.d.). Portal INSST. Retrieved July 24, 2023, from <https://www.insst.es/materias/riesgos/riesgos-biologicos>

Capítulo 628

EL CELADOR HOSPITALARIO: CONTENCIÓN MECÁNICA EN PACIENTES AGRESIVOS

ALEJANDRO MORALES HERNÁNDEZ

JOSÉ MANUEL MORA FERNÁNDEZ

MARIA DEL CARMEN MESA CASTRO

ROSA MARÍA MUÑOZ SÁNCHEZ

MARIA FERNÁNDEZ MARTINEZ

1 Introducción

Con frecuencia, en servicios o unidades hospitalarios como puede ser Urgencias, plantas de hospitalización psiquiátrica o con pacientes con Alzheimer o demencia, el celador se encuentra con pacientes/enfermos nerviosos, agitados e incluso violentos.

Es muy importante que conozca las técnicas para tratar a este tipo de pacientes, en primer lugar, calmándoles para que la situación no vaya a más.

El Celador deberá permanecer tranquilo, con un tono de voz intermedio, hacer comprender al paciente que está siendo escuchado y que se tiene predisposición por resolver su problema de salud, dentro de las posibilidades del propio trabajador.

Previamente y dentro de sus tareas, debe mantener un ambiente tranquilo, libre de todo aquello que pueda aumentar el estado de nerviosismo de los usuarios/pacientes: las estancias (salas de espera, de exploración, etc.) tienen que permanecer en una temperatura agradable (sin frío ni calor), debe minimizar los ruidos molestos y pedir a los que allí se encuentran que permanezcan en silencio dentro de lo posible, que las estancias permanezcan ordenadas y limpias, que no haya corrientes de aire, etc.

Puede pasar que con ciertos pacientes esto no funcione y se tengan que tomar medidas de contención.

A veces, las farmacológicas no pueden aplicárseles a ciertos enfermos, con lo cual, la única forma en la que se puede contener a un paciente agresivo es de forma mecánica, que es la que vamos a explicar en el campo de Resultados.

2 Objetivos

Describir las medidas de contención mecánica que se realizan en pacientes agresivos y las actuaciones del celador hospitalario en estos casos.

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 de toda la información extraída, se han tomado los datos más importantes y se ha llegado a la redacción de este documento.

4 Resultados

(Cito) "La restricción de movimientos mediante cualquier método manual, dispositivo físico o mecánico, material o equipo conectado o adyacente al cuerpo del paciente, que él o ella no puede sacar fácilmente". Esta es la definición que hace la OMS (Organización Mundial de la Salud) de la contención mecánica o manual.

Este tipo de contención mecánica se utiliza en pacientes alterados, nerviosos, agresivos y violentos, que pueden ser una amenaza física tanto para ellos, como para el resto de pacientes o para el personal laboral. Es la opción utilizada cuando la contención verbal, ambiental o farmacológica no funcionan.

El número ideal de trabajadores para realizar la contención mecánica es de 4 o 5 y cada uno se ocupará de una parte del cuerpo: sujeción de cabeza, de extremidad superior derecha estirada, extremidad superior izquierda estirada, extremidad inferior derecha y extremidad inferior izquierda. En caso de ser cuatro personas, una de ellas se ocupará de las dos extremidades inferiores.

El equipo de sujeciones o cinturones se compone de: cinturón ancho abdominal, dos sujeciones para miembros superiores y otras dos para los inferiores, alargaderas para fijar dichas sujeciones a la cama, botones de sujeción con cierre de imán y llave magnética.

Este tipo de sujeciones, se colocarán por encima de la ropa, no deberán estar sueltas para evitar el escape o el ahogamiento, tampoco estarán apretadas en exceso, para no dificultar la respiración del paciente, favorecerá la comprensión nerviosa, las extremidades no se sujetarán a barros o barandillas, sino a la parte fija de la cama y en las muñecas, no presionará las venas.

El celador deberá permanecer tranquilo durante esta actuación, no elevar su voz, no discutirá con el paciente y seguirá las instrucciones de la persona encargada de dar las indicaciones para la realización de la contención.

5 Discusión-Conclusión

El celador deberá ocuparse antes de la contención, de trasladar al paciente agresivo a una zona en la que no haya otros pacientes que puedan alarmarse por la situación.

Informará al paciente al que se debe contener, de la aplicación de dicha medida, ya que otro tipo de contenciones como la verbal, la ambiental y la farmacológica no han surtido efecto, y que se hará para garantizarle su propia seguridad física, la del resto de pacientes y la del personal laboral del centro.

Es muy importante que el celador de centros hospitalarios conozca los tipos de contención frente a pacientes agresivos y sepa llevarlos a cabo, junto con el resto de compañeros que participan en la misma.

6 Bibliografía

<https://celadoresonline.blogspot.com/2023/04/tipos-de-contencion-o-estrategias-ante.html>

"CONTENCIÓN MECÁNICA" celadoresonline.blogspot.com. 5 de abril de 2023.

<https://revistamedica.com/celador-sujecion-mecanica/>

”EL CELADOR EN LA SUJECIÓN MECÁNICA”

Ocronos. Vol. VI. Nº 7–Julio 2023. Pág. Inicial: Vol. VI; nº7: 132

Capítulo 629

EL CELADOR HOSPITALARIO Y SUS FUNCIONES EN QUIRÓFANO

ROSA MARÍA MUÑOZ SÁNCHEZ

JOSÉ MANUEL MORA FERNÁNDEZ

MARIA DEL CARMEN MESA CASTRO

MARIA FERNÁNDEZ MARTINEZ

ALEJANDRO MORALES HERNÁNDEZ

1 Introducción

La categoría profesional de Celador que presta sus servicios en centros hospitalarios es la que cuenta con el mayor número de personal contratado en sanidad, con lo cual, en todas las partes de un hospital, podemos encontrar a este trabajador. Tiene unas funciones generales, pero a la vez otras particulares, de acuerdo al servicio o unidad donde. Por ejemplo, el celador de puerta principal y el de planta hospitalaria, tienen unas funciones generales de traslado de documentos y órdenes y de vigilancia de las estancias para que permanezcan en perfecto orden y limpieza.

En planta hospitalaria, el trabajador colabora con los auxiliares de enfermería, por ejemplo, en cambios posturales de los pacientes, en su movilización y en su aseo personal.

En unidades como en Farmacia Clínica, Lencería o en otro tipo de almacenes, se encargan del reparto de los artículos que allí se encuentran a las plantas hospitalarias y a las ambulatorias.

En el Animalario, un servicio bastante desconocido pero presente en muchos hospitales, su labor se centra en el cuidado, la alimentación y la higiene de los animales que allí se encuentran, que serán utilizados en investigación para el avance médico y quirúrgico.

A continuación, enumeraremos y explicaremos brevemente, el trabajo a realizar por el celador en quirófano.

2 Objetivos

Enumerar y definir brevemente las labores propias de un celador que presta sus servicios en el quirófano de un centro hospitalario.

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

Funciones del celador en un quirófano:

- Traslado del paciente desde su unidad de origen al quirófano, a la sala de reanimación y de ahí, de vuelta de nuevo a la planta de hospitalización donde se encontraba.
- Colaboran con el personal sanitario en la colocación del paciente en la mesa de operaciones, así como en los cambios posturales que se le demanden durante la aplicación de la anestesia o durante el proceso quirúrgico.
- Ayudarán en la sujeción del paciente durante la operación
- Se encargará del traslado al quirófano del aparataje necesario en la intervención, situándolo de forma adecuada (RX, ecógrafo, torre de laparoscopia, etc.).
- Cuando se le indique y mientras espera en el antequirófano, recogerá documentación, pruebas, biopsias, sangre, etc., y las trasladará a los laboratorios per-

tinentes, siempre asegurándose de que vayan acompañadas de la identificación del paciente al que pertenecen.

- Vigilará que todo se encuentre en perfecto estado, orden y limpieza y respetará todas las normas higiénico sanitarias y de actuación, que se le exigen por su labor.
- En caso de fallecimiento del paciente, lo trasladará al mortuario.
- Previo a la operación, se encarga del rasurado de las zonas en las que se va a intervenir, en caso de cirugías urgentes o por ausencia de la persona encargada de esa labor, que es el/la peluquero/a.
- Realizará todas aquellas funciones que le sean encomendadas por el personal sanitario y sus superiores, de acuerdo a sus funciones como celador.
- Deberá tratar los documentos según las leyes de protección de datos y confidencialidad exigidas.
- Tratará al paciente con respeto y educación, manteniendo en todo momento, su intimidad.
- No hará comentarios a los pacientes o a sus familiares, sobre tratamientos, diagnósticos o pruebas que se le vayan a realizar o se hayan realizado a otros pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Un quirófano es una parte fundamental de un hospital. La salud y la vida de muchos pacientes, dependen de una intervención quirúrgica.

Este servicio hospitalario requiere de una coordinación total de todos y cada uno de los trabajadores que allí se encuentran, ya sean personal sanitario o no, como es el caso del celador.

En resumen, el celador tiene que ser conocedor tanto de las funciones generales de su nombramiento, como de aquellas concretas al lugar donde realiza su labor, en este caso, las de quirófano.

Debe ser capaz de interactuar con el resto de trabajadores y realizar sus labores con celeridad y de una forma adecuada.

6 Bibliografía

<https://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-14.html>

" Normas de actuación del Celador en el Quirófano" eladoresonline.blogspot.com

<https://revistamedica.com/funciones-importancia-celador-quiroyfano/>

"FUNCIONES DEL CELADOR EN QUIRÓFANO"

Ocronos. Vol. VI. N° 5–Mayo 2023. Pág. Inicial: Vol. VI; n°5: 211

Capítulo 630

RIESGOS EN LA MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS POR EL CELADOR HOSPITALARIO

MARIA FERNÁNDEZ MARTINEZ

ROSA MARÍA MUÑOZ SÁNCHEZ

ALEJANDRO MORALES HERNÁNDEZ

MARIA DEL CARMEN MESA CASTRO

JOSÉ MANUEL MORA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Dentro del ámbito hospitalario, el celador será el responsable de tareas diversas, dependiendo del servicio donde esté prestando sus servicios.

La manipulación de cargas por parte del celador hospitalario es una tarea esencial en el ámbito de la atención médica. Los celadores desempeñan un papel de vital importancia en la logística hospitalaria, garantizando la movilidad segura y eficiente de pacientes, equipos y suministros en todo el centro sanitario. Esta labor puede implicar el transporte de pacientes encamados, la distribución de material médico, dentro del hospital, y el apoyo en los diversos procedimientos para los que su presencia sea requerida. Sin embargo, la manipulación inadecuada de cargas puede tener repercusiones negativas tanto para el celador como para el paciente y el personal médico. Por lo tanto, es fundamental que el celador

cuenta con unos conocimientos y comprenda los protocolos y las técnicas más adecuadas para minimizar los riesgos que están asociados a estas tareas.

El propio centro sanitario ha de ofrecer al celador una correcta formación, basada en las técnicas de ergonomía, mediante las cuales, y a través de su experiencia profesional en su categoría, se minimizarán los riesgos mencionados anteriormente. Garantizando un servicio al paciente con la más alta calidad de asistencia.

2 Objetivos

Dar a conocer los diversos aspectos y riesgos, a los que se enfrenta un celador en el hospital, en su jornada diaria, ante la manipulación de cargas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 manipulación adecuada de cargas en un entorno hospitalario exige la implementación de procedimientos ergonómicos y prácticos. Estudios demuestran que el celador debe recibir una formación específica en técnicas de elevación y movilización para prevenir lesiones músculo-esqueléticas. La utilización de dispositivos de ayuda, como grúas y camillas motorizadas, también contribuye a reducir la carga física sobre el celador. La dirección del centro será la responsable de equipar cada servicio hospitalario con estos dispositivos. Además, la colaboración con el personal de enfermería y médico es esencial para coordinar la manipulación segura de pacientes, especialmente aquellos con movilidad limitada o condiciones médicas delicadas.

En cuanto a los resultados de la manipulación inapropiada de cargas, se han documentado casos de lesiones en celadores, como distensiones musculares y hernias, que pueden resultar en bajas laborales prolongadas, con el consiguiente deterioro de la calidad de vida. Además, movimientos incorrectos al transportar a pacientes

pueden ocasionar incomodidades o heridas en estos últimos, afectando en su proceso de recuperación. El celador ha de ser especialmente sensible, y mostrar en todo momento humanidad y empatía, al movilizar a pacientes que están en riesgo vital, que son portadores de tubos endotraqueales, cableado de monitorizaciones, bombonas de oxígeno, etc. En situaciones extremas, la manipulación inadecuada de cargas podría llevar a errores médicos, como caídas, o daños a equipos médicos sensibles, con la consiguiente pérdida monetaria para el centro hospitalario. El centro sanitario estará al día en cuanto a la información referente a las posibles bajas laborales, observando si estas son reincidentes, o tal vez, agrupadas en un mismo servicio, intentando averiguar las causas que las han motivado e implementando los medios necesarios para que no haya recaída o aparezcan de nuevo.

5 Discusión-Conclusión

Dentro del ámbito hospitalario, el celador despliega funciones diversas según el servicio. Su papel clave reside en la manipulación segura de cargas, como el traslado de pacientes y suministros, vital para la logística hospitalaria. La correcta formación en técnicas ergonómicas es esencial para evitar riesgos, como lesiones músculo-esqueléticas. Dispositivos como grúas y camillas motorizadas reducen la carga física. La colaboración con enfermería y médicos es fundamental para movilizar pacientes delicados. Errores en la manipulación acarrear lesiones a celadores y pacientes, afectando la calidad de vida y el proceso de recuperación. La sensibilidad y empatía al manejar pacientes críticos son vitales. Manipulaciones inadecuadas pueden llevar a errores médicos y pérdidas económicas. Los centros deben vigilar las bajas laborales, identificar las causas y prevenir recaídas.

6 Bibliografía

- Evaluación de la manipulación de cargas en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario Son Dureta - ScienceDirect
- Manipulación de cargas. Riesgos y medidas preventivas - Quirónprevención (quironprevencion.com)
- Corel Ventura - CARGAS.CHP (sanidad.gob.es)

Capítulo 631

EL RESPETO Y LA DIGNIDAD DE LOS PACIENTES EN MANOS DEL CELADOR HOSPITALARIO

MARIA NIEVES GARCÍA SALMERÓN

ANA MARIA DEL PUEBLO MOLINA

DOMENICA AUDITORE BRICHETE

SOLEDAD DEL PUEBLO MOLINA

MARI ÁNGELES LÓPEZ JIMENEZ

1 Introducción

En el complejo y delicado entorno hospitalario, donde los pacientes buscan atención médica para sus necesidades de salud, el papel del celador hospitalario se erige como un eslabón vital en la cadena de cuidado. Más allá de sus tareas técnicas y logísticas, los celadores son guardianes del respeto y la dignidad de los pacientes. La forma en que los celadores interactúan, comunican y tratan a los pacientes tiene un impacto profundo en su experiencia y en su percepción general del sistema de atención médica. Al igual que ocurre con los familiares de estos, que llegan al centro, igualmente preocupados y llenos de incertidumbres, donde el celador usará sus habilidades para calmar e infundir ánimos. En este sentido, el respeto y la dignidad de los pacientes en manos del celador no son sólo

principios éticos, sino también un compromiso indispensable para garantizar la atención holística y humanizada que merecen.

El respeto y la dignidad son pilares fundamentales en la prestación de atención médica de calidad. Los pacientes llegan al hospital en situaciones de vulnerabilidad y ansiedad, y es responsabilidad de los profesionales de la salud, incluidos los celadores, brindar un trato empático y respetuoso que contribuya a su bienestar emocional y físico.

2 Objetivos

Poner de manifiesto que el paciente ha de ser tratado con respeto y dignidad, formando estos pilares parte de la atención médica de alta 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

El celador hospitalario es un punto de contacto directo con los pacientes y sus familias, y su actitud y comportamiento pueden influir en la percepción que los pacientes tienen de su atención.

El primer paso hacia el respeto y la dignidad de los pacientes es el reconocimiento de su individualidad y singularidad. Cada paciente trae consigo una historia única, preocupaciones personales y necesidades de atención específicas. Los celadores deben tratar a cada paciente como un individuo, escuchando sus preocupaciones, brindando información clara y asegurándose de que se sientan valorados y respetados en todo momento. La comunicación abierta y compasiva es clave para establecer una conexión genuina y fomentar un ambiente de confianza mutua.

La privacidad y confidencialidad son aspectos esenciales del respeto y la dignidad del paciente. Los celadores deben garantizar que las conversaciones y las interacciones se realicen en entornos privados, protegiendo la información confiden-

cial del paciente. Esto no solo demuestra un compromiso con la seguridad del paciente, sino que también refuerza la sensación de ser tratado con respeto y cuidado individualizado.

El respeto y la dignidad también se reflejan en la forma en que los celadores manejan la movilidad y el traslado de los pacientes. La comunicación clara y el cuidado delicado son esenciales para minimizar cualquier malestar o ansiedad que los pacientes puedan experimentar durante estos procedimientos. Los celadores deben estar atentos a las necesidades y limitaciones individuales de cada paciente, garantizando que se sientan seguros y cómodos en todo momento.

En situaciones de emergencia, mantener el respeto y la dignidad de los pacientes es aún más crucial. Los celadores deben estar capacitados para manejar situaciones difíciles con calma y profesionalidad. La tranquilidad y compasión en estos momentos pueden marcar una diferencia significativa en la experiencia de los pacientes y sus familias.

La formación y educación continua son esenciales para garantizar que los celadores estén equipados con las habilidades y conocimientos necesarios para respetar y preservar la dignidad de los pacientes. Los hospitales deben brindar oportunidades de capacitación en comunicación efectiva, empatía, sensibilidad cultural y manejo de situaciones difíciles. Además, los celadores deben ser alentados a compartir sus experiencias y aprender de ellas, fortaleciendo su capacidad para brindar una atención cada vez más respetuosa y centrada en el paciente.

5 Discusión-Conclusión

En el entorno hospitalario el celador hospitalario desempeña un papel vital en el cuidado de los pacientes, siendo guardianes de su respeto y dignidad. Su interacción y comunicación impactan profundamente en la experiencia del paciente y su percepción del sistema de atención médica. Reconociendo la singularidad de cada paciente, los celadores brindan trato empático, información clara y un ambiente de confianza. La privacidad y confidencialidad son esenciales, al igual que el manejo delicado de la movilidad y traslado de los pacientes. En situaciones de emergencia, la calma y la compasión son cruciales. La formación continua en comunicación efectiva, empatía y sensibilidad cultural, así como el fomento de compartir experiencias, fortalece la capacidad de los celadores para brindar una atención respetuosa y centrada en el paciente.

6 Bibliografía

1. 9 principios para mostrar respeto por el paciente | Saludiarario.
2. Promover la dignidad del paciente en la prestación de cuidados | Nursing (el-sevier.es).
3. ¿Cómo tratar al PACIENTE? Consejos para CELADORES | FisioStar.

Capítulo 632

SALUD OCUPACIONAL Y PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES PARA EL CELADOR HOSPITALARIO

DOMENICA AUDITORE BRICHETE

MARIA NIEVES GARCÍA SALMERÓN

ANA MARIA DEL PUEBLO MOLINA

SOLEDAD DEL PUEBLO MOLINA

MARI ÁNGELES LÓPEZ JIMENEZ

1 Introducción

En el entorno hospitalario, donde la atención médica es ininterrumpida y vital, el rol del celador se destaca como una pieza esencial para mantener la maquinaria en movimiento. Sin embargo, detrás de esta labor crucial yacen desafíos inherentes a la salud ocupacional y al bienestar del celador. La prevención de riesgos laborales se convierte en una cuestión crucial en la protección de estos profesionales y en la garantía de su seguridad y bienestar mientras realizan sus tareas.

La salud ocupacional es una disciplina que se enfoca en la promoción y el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de los trabajadores en su entorno laboral. En el caso del celador, su trabajo puede involucrar una serie de tareas físicas

y exigentes que incluyen el manejo de equipos médicos, el traslado de pacientes y la movilización de cargas. Estas actividades pueden poner a los celadores en riesgo de lesiones musculoesqueléticas, accidente y fatiga acumulada.

La prevención de riesgos laborales en el contexto del celador no solo se trata de cumplir con regulaciones y normativas, sino de reconocer que el bienestar de estos profesionales está estrechamente ligado a la calidad de atención que brindan a los pacientes. Un celador que se siente seguro y cuidado en su entorno laboral está en una posición óptima para brindar un servicio de calidad y mantener un alto nivel de profesionalismo y atención empática.

2 Objetivos

Dar a conocer los aspectos más destacados para el celador en un centro sanitario con respecto a la salud ocupacional y la prevención de riesgos laborales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 enfrentan una serie de desafíos únicos en el contexto de la salud ocupacional. Las tareas físicas y la necesidad de estar disponibles en horarios variados pueden llevar a una mayor exposición de lesiones y fatigo. El levantamiento de pacientes, el manejo de equipos pesados y la necesidad de estar alerta en situaciones de emergencia pueden contribuir a la tensión física y emocional.

Además, la turnicidad, con horarios rotativos, puede afectar los patrones de sueño y el bienestar mental de los celadores; poniendo en riesgo su salud y la también la seguridad y la calidad de atención a los pacientes.

La prevención de riesgos laborales para celadores requiere una combinación de enfoques que aborden tanto los aspectos físicos como los emocionales de su trabajo:

1. **Formación y Capacitación:** Los celadores deben recibir capacitación regular en técnicas de manejo seguro, ergonomía y medidas de prevención de accidentes. La formación debe enfocarse en la adopción de posturas adecuadas, el uso de equipos de asistencia y la comunicación efectiva en situaciones de riesgo.
2. **Equipamiento Adecuado:** Proporcionar a los celadores equipos adecuados y ergonómicos puede marcar una diferencia significativa en la prevención de lesiones. Sillas y camillas diseñadas para facilitar el traslado de pacientes y el manejo de cargas pueden reducir la tensión física.
3. **Descanso y Rotación Equitativa:** La gestión de horarios y la rotación equitativa de turnos son fundamentales para prevenir la fatiga y los trastornos del sueño. Proporcionar suficiente tiempo entre turnos y minimizar la exposición a horarios nocturnos puede contribuir al bienestar de los celadores.
4. **Promoción del Bienestar Mental:** La salud ocupacional no se limita solo a lo físico. Los celadores deben tener acceso a recursos de apoyo psicológico y programas de bienestar mental. La gestión del estrés, la promoción del autocuidado y la posibilidad de acceder a asesoramiento son cruciales para enfrentar los desafíos emocionales.
5. **Cultura de Seguridad:** Fomentar una cultura de seguridad en el hospital es fundamental. Los celadores deben sentirse seguros de sí mismo para informar sobre situaciones de riesgo, y los hospitales deben estar comprometidos con la mejora continua en términos de seguridad y bienestar.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, la prevención de riesgos laborales y el bienestar del celador son responsabilidades compartidas entre los profesionales de la salud y la instituciones hospitalarias. La inversión en salud ocupacional, por parte del centro hospitalario, no solo protege a los celadores, sino que también asegura la calidad de la atención médica brindada a los pacientes. Reconocer y abordar los desafíos físicos y emocionales que enfrentan los celadores es esencial para crear un entorno laboral seguro, saludable y empático. Un celador que crea en sí mismo, saludable y respetado, es un activo de alto valor para el sistema de atención médica y para el bienestar general de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Salud ocupacional: los trabajadores de la salud (who.int).
2. TEMARIO_CELADORES.pdf (sanidad.gob.es).

Capítulo 633

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS/UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA (UCI/UVI)

JUANI NAHARRO MILLA

JAVIER CRUZ SANTIAGO

ISABEL MARIA GROMADA

MARIA JOSE GARCIA ATIENZA

ALEJANDRO LÓPEZ JARA

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), también conocida por Unidad de Vigilancia Intensiva es un servicio altamente especializado en la asistencia, la vigilancia y el control de los pacientes en estado crítico, cuyo objetivo es brindar un cuidado integral a aquellas personas en condiciones críticas de salud. En algunos hospitales las UCI son pequeñas unidades hospitalarias totalmente equipadas dentro del mismo, disponiendo de servicio propio y exclusivo de laboratorio, radiología, esterilización, etc.

La unidad de cuidados intensivos está dotada de los medios necesarios para atender las necesidades de los pacientes graves o críticos.

Unidades de internamiento dentro de la UCI:

- Cardiología.
- Cirugía cardiovascular.
- Sépticos.
- Trasplantes.
- Neonatos cirugía general.
- Politraumatizados.
- Grandes quemados, etc.

Los celadores destinados en esta unidad, por las características de los enfermos encamados, deben estar muy bien preparados en el movimiento de los mismos, ya que no se pueden mover de forma brusca. Por otra parte, debido al estado de los pacientes, tienen que permanecer debidamente uniformados con batas asépticas cada vez que entren o salgan.

La atención que se le entrega al paciente crítico tiene que ser desde una perspectiva integral, por lo que la calidad de los recursos ha de ser excelente, hay que cuidar con esmero para que haya una correcta coordinación con todo el equipo.

2 Objetivos

El objetivo de este documento es describir las funciones que realizan los celadores en la Unidad de cuidados Intensivos siendo de vital importancia su trabajo en estas dependencias donde se trata con pacientes en un estado tan delicado como es el de dichos pacientes.

El celador de UCI ayuda al personal de la unidad y es el vínculo de unión entre todos los servicios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 paciente que se encuentra en la UCI se caracteriza por sufrir unas enfermedades complejas que ponen en riesgo su vida, pero los médicos estiman que se puede recuperar.

La sensibilidad a las infecciones de los pacientes ingresados en la UCI causa que se aumenten las medidas por parte de los celadores que trabajan en este servicio. Todo el personal debe conocer los códigos de higiene personal y vestimenta. Estos materiales deben ser retirados y desecharse de ellos cada vez que salga de la UCI o se manchen por cualquier razón. La ropa usada debe ser adecuada como batas, mascarillas, guantes... sobre el uniforme en la UCI.

Según los cuidados que se facilitan en la UCI se pueden clasificar los pacientes: quienes sólo pueden sobrevivir con los cuidados que le son dados en esta unidad; quienes requieren vigilancia intensiva que podría derivar en una intervención; quienes se centran en mejorar su tratamiento; enfermos que no son críticos, pero necesitan vigilancia estrecha, y aquellos que están demasiado graves y los cuidados intensivos no son efectivos.

Un trabajador en la UCI deberá:

- Ayudar a los pacientes que tienen movilidad limitada o que no pueden moverse debido a las condiciones médicas.
- Ayudar con la higiene personal o del paciente, haciendo las camas y retirando la ropa de esta según lo solicite el personal de enfermería. Si el paciente necesita ser trasladado de la UCI, el celador será el responsable de realizar este traslado, siempre con la supervisión de los médicos y enfermeros.
- Si fallece un paciente, los paramédicos deben ayudar a envolver el cuerpo y luego transportarlo a la morgue. El celador se encargará de retirar los equipos y mobiliario de la UCI.

5 Discusión-Conclusión

Debido a las particulares mencionadas anteriormente de los pacientes que se encuentran en la UCI, el celador debe estar lo suficientemente formado para asegurar que hace de la forma más eficiente cada una de sus funciones en esta unidad: las movilizaciones y los cambios posturales bajo la supervisión del personal de Enfermería y/o los médicos.

La experiencia de trabajar en UCI en medio de una serie de procesos de enfermedad complejos, donde hay que aislar al paciente de su entorno familiar,

quedando al cuidado de un personal totalmente desconocido, nos lleva a reflexionar acerca de sus necesidades de carácter emocional.

6 Bibliografía

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

Capítulo 634

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN QUIRÓFANO

JUANI NAHARRO MILLA

JAVIER CRUZ SANTIAGO

ISABEL MARIA GROMADA

MARIA JOSE GARCIA ATIENZA

ALEJANDRO LÓPEZ JARA

1 Introducción

En este trabajo vamos a exponer algunas de las funciones que va a desarrollar un celador en el quirófano, señalando la importancia de su trabajo en dicha área, y a explicar un poco la estructura de un quirófano.

Una de las principales áreas en las cuales los celadores desempeñan sus funciones principales, es en el quirófano. La zona quirúrgica es bastante compleja en cuanto al material y equipos que se utilizan, por esto, los celadores deben seguir una serie de normas en el desarrollo de su vestimenta y actividad.

Los celadores en movimiento dentro del área quirúrgica son una de las principales causas de propagación de microorganismos. Las normas de circulación pretenden minimizar el riesgo de infecciones en el área quirúrgica, por ello no todo el mundo puede acceder a esta área. Si acceden, tendrán que hacerlo siguiendo las normas de vestimenta.

Estructura y organización del bloque quirúrgico:

- Es funcional y físicamente independiente del resto del hospital.
- Se compone de un conjunto de instalaciones acondicionadas y equipadas para poder realizar en ellas intervenciones quirúrgicas con las mayores garantías.
- Suele situarse en una zona tranquila y poco transitada, aunque bien comunicada con el resto de unidades.

Atendiendo a normas de asepsia y antisepsia, se divide en varias áreas con diferente tipo de restricciones en lo referente a la circulación del personal, enfermos y material:

- Área de intercambio: aquí encontraremos el área de recepción del paciente, los despachos, vestuarios y las salas del personal.
- Área limpia: en esta área es necesario el uso de gorro y calzas.
- Área estéril: en esta área será necesario el uso de gorro, calzas y mascarilla incluso cuando no se esté realizando ninguna intervención.
- Área sucia: también llamada zona séptica. No necesita ninguna indumentaria.

2 Objetivos

El celador de quirófano es la primera persona con la que tendrá contacto el paciente antes de su intervención quirúrgica, y será la misma persona que después acompañe a dicho paciente hasta su respectiva habitación, procurando que su traslado sea lo más seguro posible.

3 Metodología

Para llevar a cabo la redacción de este capítulo hemos realizado una búsqueda de carácter exploratorio consultando en las distintas bibliografías de fuentes oficiales que hay en Internet, en revistas científicas, apuntes, distintos temarios, etc. Además, se ha comprobado de manera minuciosa la normativa vigente.

4 Resultados

¿Cuál es el trabajo que realiza un celador en un quirófano? Para responder a esta pregunta, mencionaremos algunas de las funciones que realizan los celadores en dicha área:

- Traslado del paciente desde su habitación hasta el quirófano, asegurándose que la historia clínica que le acompaña se corresponde con el paciente.

- Auxiliará al personal sanitario a colocar al paciente en la mesa de operaciones y colaborar con el anestesista en posicionar el enfermo en la posición adecuada para su intervención.
- Se encargarán de transportar los aparatos o mobiliario preciso para la intervención.
- Vigilar que las balas de oxígeno, CO2 y cualquiera que se utilice estén siempre llenas y disponibles para su uso.
- Debe respetar todas las normas poniendo especial interés en la higiene y asepsia.
- Durante la intervención el celador permanecerá en el quirófono atento y dispuesto a actuar cuando le sea indicado por los médicos, enfermeras o supervisores.
- Posteriormente, después de la intervención, lo trasladará a la zona de reanimación o dónde proceda. Este traslado se realizará extremando las medidas de seguridad, cuando el paciente ha sido sometido a anestesia general, se colocará con la cabeza lateralizada para evitar que, si tuviera vómitos, penetrasen en el aparato respiratorio provocando broncoaspiración. Por otro lado, el celador se encarga del traslado de el/la paciente junto al anestesista y la enfermera de anestesia.
- Si el paciente fallece, lo trasladarán al mortuorio. En los casos de amputaciones de miembros también los trasladarán al mortuorio.

Un punto importante a tener en cuenta es que en ningún momento hará comentarios sobre las intervenciones realizadas a los familiares ya que está expresamente prohibido (Orden Ministerial de 5 de junio de 1971), remitiendo para ello al personal facultativo correspondiente.

5 Discusión-Conclusión

El celador es una figura de vital importancia en el sistema sanitario. Dentro de quirófono forma parte del equipo multidisciplinar que participa en la operación al paciente con funciones muy específicas, sin ellas no sería posible llevar a cabo de una manera óptima dicho procedimiento.

Es necesario a la hora de trabajar en un quirófono conocer la delimitación de las zonas del área quirúrgica, conocer la vestimenta y la manera correcta de utilizarla.

La labor del celador de quirófono es fundamental. En los quirófonos, auxiliarán en todas aquellas labores propias del celador destinado en estos servicios, así como las que les sean ordenadas por los Médicos, Supervisores o Enfermeros.

6 Bibliografía

Revistamedica.com

Essaesformacion.com

Eurinnova.edu.es

Capítulo 635

GESTIÓN DE RESIDUOS Y MANEJO ADECUADO DE MATERIALES PELIGROSOS PARA EL CELADOR

ANA MARIA DEL PUEBLO MOLINA

MARIA NIEVES GARCÍA SALMERÓN

DOMENICA AUDITORE BRICHETE

SOLEDAD DEL PUEBLO MOLINA

MARI ÁNGELES LÓPEZ JIMENEZ

1 Introducción

Un residuo es cualquier sustancia, material o producto que es descartado, abandonado o desechado debido a que ya no es útil o necesario para el usuario original. Los residuos pueden ser sólidos, líquidos o gaseosos, y se generan en una amplia variedad de actividades humanas. Los residuos pueden ser de naturaleza diversa, como desechos orgánicos, desechos químicos, desechos electrónicos, desechos médicos, entre otros.

Los materiales peligrosos son sustancias o productos que presentan riesgos para la salud humana, el medio ambiente o la seguridad debido a sus propiedades químicas, biológicas o físicas. Estos pueden incluir productos químicos tóxicos, agentes infecciosos, productos farmacéuticos vencidos o elementos radiactivos.

En el contexto hospitalario, la gestión de residuos cobra especial relevancia debido a la naturaleza de los materiales que se utilizan en el cuidado de la salud. Por lo tanto, es importante clasificar, separar, almacenar y eliminar los residuos de manera apropiada, siguiendo regulaciones y directrices específicas para minimizar impactos negativos.

Los hospitales generan una variedad de residuos, desde materiales médicos desechables hasta productos químicos utilizados en procedimientos médicos. La correcta gestión de estos residuos es esencial para prevenir la propagación de infecciones, minimizar el impacto ambiental y mantener un entorno seguro para todos los involucrados. Los celadores, como parte integral del personal hospitalario, tienen un papel importante que desempeñar en este proceso.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de realizar una buena gestión, en cuanto a los residuos y materiales peligrosos que se generan dentro de un hospital, además de dar a conocer la notabilidad del trabajo del celador, con respecto a este contexto.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 manejo adecuado de materiales peligrosos en el hospital implica el conocimiento de los procedimientos de almacenamiento, uso y eliminación segura. Los celadores deben estar informados sobre las características de los productos químicos y las preocupaciones necesarias para evitar exposiciones no deseadas. También deben saber cómo reaccionar en caso de derrames o incidentes relacionados con materiales peligrosos.

A continuación se muestran estrategias para el manejo adecuado de estos materiales:

1. **Formación y Capacitación:** Los celadores deben recibir formación sobre la clasificación de residuos y el manejo de materiales peligrosos. Esta capacitación debe abordar la identificación de desechos, la separación adecuada y los procedimientos de seguridad.
2. **Equipamiento de Protección Personal (EPP):** Los celadores deben utilizar el EPP adecuados al manipular residuos y materiales peligrosos. Esto incluye guantes, gafas de protección y batas, dependiendo de la naturaleza de los desechos.
3. **Segregación de Residuos:** Los celadores deben ser diligentes en la separación de los desechos en diferentes categorías, como residuos biológicos, productos farmacéuticos vencidos y productos químicos. Esto reduce el riesgo de contaminación cruzada y permite un manejo más eficiente.
4. **Almacenamiento Adecuado:** Los materiales peligrosos deben ser almacenados en áreas designadas y adecuadamente etiquetadas. Los celadores deben asegurarse de que los recipientes estén bien cerrados y en condiciones seguras.
5. **Comunicación Efectiva:** Los celadores deben comunicar cualquier incidente o derrame de materiales peligrosos de inmediato al personal encargado. La comunicación rápida y precisa es esencial para tomar medidas correctivas oportunas. Los celadores pueden desempeñar un papel activo en la promoción de la conciencia sobre la importancia del manejo adecuado de residuos y materiales peligrosos entre los trabajadores del hospital. Compartir buenas prácticas y destacar la relevancia de estas medidas puede crear una cultura de seguridad.

5 Discusión-Conclusión

La gestión de residuos comprende cualquier sustancia descartada por su falta de utilidad. Estos desechos, sólidos, líquidos o gaseosos, surgen de diversas actividades humanas, como orgánicos, químicos o médicos. En contraste, los materiales peligrosos implican riesgos para la salud, medio ambiente o seguridad, debido a sus propiedades químicas o biológicas. En hospitales, donde se generan desechos médicos y productos químicos, una correcta gestión es crítica para prevenir infecciones y daños ambientales. Los celadores fundamentales, en este proceso, requieren capacitación en identificación, separación y manejo seguro. La segregación, uso de equipamiento de protección, almacenamiento adecuado y comunicación eficaz son estrategias clave. La contribución del celador en la concienciación y cultura de seguridad es esencial para un manejo adecuado de estos materiales.

6 Bibliografía

1. Desechos de las actividades de atención sanitaria (who.int).
2. ¿Cómo se eliminan los residuos de hospitales? | Consumer.
3. ¿Cómo ha de ser la gestión de residuos durante la pandemia del coronavirus?
| Noticias ONU (un.org).

Capítulo 636

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y CUIDADOS PALIATIVOS

M.SOLEDADE GOMEZ GONZÁLEZ

VICTOR MOLINA SUAREZ

CRISTINA GAHETE PAREJA

MARÍA LOZANO LÓPEZ

ROCIO GARCIA PUNZANO

1 Introducción

Los cuidados paliativos desempeñan un papel crucial en la atención médica al abordar las necesidades físicas, emocionales y espirituales de pacientes que enfrentan enfermedades avanzadas o terminales. En este contexto, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) asume un rol significativo al proporcionar un apoyo esencial tanto a los pacientes como a sus familias. En esta exploración, se analizará la participación y las responsabilidades del Técnico en el ámbito de los cuidados paliativos, destacando cómo su presencia y cuidado son fundamentales para mejorar la calidad de vida de aquellos que atraviesan momentos difíciles y sensibles en su proceso de enfermedad.

La vestimenta adecuada para el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) que trabaja en el contexto de cuidados paliativos es esencial para propor-

cionar un ambiente de apoyo, comodidad y respeto tanto a los pacientes como a sus familias.

El número de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en cuidados paliativos puede variar según el tamaño y la estructura del centro de atención médica, la cantidad de pacientes que reciben cuidados paliativos y las necesidades específicas de cada paciente. En general, los cuidados paliativos tienden a ser un enfoque más personalizado y centrado en el paciente, lo que puede influir en la proporción de personal necesario.

En algunos casos, los centros de cuidados paliativos pueden tener un equipo de atención integral que incluye médicos, enfermeras, trabajadores sociales y TCAE, entre otros profesionales de la salud.

2 Objetivos

- Apoyo , movilización y preparación del entorno por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.
- Acompañamiento y colaboración en el final de vida 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

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel esencial en el equipo de cuidados paliativos al proporcionar un apoyo integral y compasivo a los pacientes y sus familias durante momentos delicados y emocionales. Aunque las funciones específicas pueden variar según las políticas y necesidades del centro de atención, aquí están algunas de las funciones comunes que un Técnico puede realizar en el entorno de cuidados paliativos:

- Cuidado Personal: Ayudar con las actividades de la vida diaria, como el aseo, el vestido, el baño y el cambio de ropa de cama, para garantizar la comodidad y la

dignidad de los pacientes.

- **Movilización y Posicionamiento:** Ayudar a los pacientes a cambiar de posición en la cama o a moverse por el entorno para prevenir úlceras por presión y mejorar la comodidad.
- **Alimentación y Nutrición:** Asistir en la alimentación de los pacientes que requieren ayuda, siguiendo las indicaciones dietéticas proporcionadas por el equipo médico.
- **Administración de Medicamentos:** Colaborar con las enfermeras para administrar medicamentos según las indicaciones médicas, asegurándose de que los pacientes reciban los tratamientos necesarios a tiempo.
- **Observación y Registro:** Observar y registrar signos vitales, síntomas y cambios en el estado de los pacientes, y comunicar cualquier inquietud al personal médico.
- **Apoyo Emocional:** Brindar apoyo emocional a los pacientes y sus familias, escuchando sus preocupaciones y proporcionando compañía y consuelo.
- **Comunicación con el Equipo de Salud:** Colaborar con enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud para asegurarse de que se cumplan las necesidades de los pacientes y se brinde una atención integral.
- **Preparación de Entorno:** Mantener el entorno limpio y ordenado, asegurándose de que los pacientes estén en un ambiente cómodo y seguro.
- **Coordinación de Actividades:** Asistir en la organización y planificación de actividades terapéuticas, recreativas o espirituales para los pacientes.
- **Apoyo en la Familia:** Brindar información y apoyo a las familias, respondiendo preguntas y ayudándolas a comprender el proceso de cuidados paliativos.
- **Acompañamiento al Final de la Vida:** Brindar apoyo y cuidado a los pacientes en las últimas etapas de su vida, asegurándose de que estén cómodos y rodeados de afecto.

Colaboración en la Dignidad del Paciente: Asegurarse de que los pacientes sean tratados con dignidad y respeto en todas las etapas, incluso en la muerte, y colaborar en la preparación post mortem.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel de gran importancia en el entorno de los cuidados paliativos al proporcionar un apoyo valioso y compasivo a los pacientes y sus familias durante una etapa tan delicada de sus vidas. Las funciones del Técnico en cuidados paliativos abarcan desde el cuidado personal y la administración de medicamentos hasta el apoyo emocional y espiritual, creando un ambiente de comodidad, dignidad y cuidado integral.

El Técnico es un enlace vital entre los pacientes, sus familias y el equipo de salud, facilitando la comunicación y colaborando en la atención integral. Su presencia y participación en la planificación y ejecución de actividades terapéuticas y de bienestar contribuyen a mejorar la calidad de vida de los pacientes, brindándoles momentos de alegría y distracción.

El compromiso del Técnico en cuidados paliativos se refleja en su apoyo constante y empático a los pacientes mientras enfrentan desafíos físicos, emocionales y espirituales. La atención y el cuidado que brindan ayudan a que los pacientes vivan sus últimos momentos en un ambiente de respeto, dignidad y confort. Al trabajar junto con el equipo de salud y enfocarse en las necesidades individuales de cada paciente, el Técnico demuestra su importancia en el proceso de cuidados paliativos y su contribución esencial para garantizar una experiencia humana y compasiva durante esta etapa crucial.

6 Bibliografía

-Pubmed

-Scielo

Capítulo 637

ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) AL PACIENTE CON NEUMONÍA

M.SOLEDAD GOMEZ GONZÁLEZ

VICTOR MOLINA SUAREZ

CRISTINA GAHETE PAREJA

MARÍA LOZANO LÓPEZ

ROCIO GARCIA PUNZANO

1 Introducción

La neumonía es una enfermedad respiratoria común que afecta a personas de todas las edades, y su tratamiento y cuidado requieren una atención especializada y coordinada por parte del equipo de salud. En esta exploración, analizaremos el papel esencial del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la atención al paciente con neumonía. Examinaremos cómo el Técnico colabora en la atención integral, el monitoreo y el apoyo emocional, contribuyendo al bienestar y la recuperación de los pacientes que enfrentan esta afección pulmonar.

El número de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) necesario para atender a pacientes con neumonía puede variar según varios factores,

como el tamaño del centro de salud, la cantidad de pacientes con neumonía y la gravedad de los casos. En general, los centros de salud deben asegurarse de contar con suficiente personal, incluidos los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, para brindar una atención adecuada y segura a los pacientes con neumonía.

La vestimenta adecuada del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) al atender a pacientes con neumonía es crucial para garantizar la seguridad tanto del paciente como del propio TCAE. La vestimenta debe ser cómoda, profesional y diseñada para prevenir la propagación de infecciones.

2 Objetivos

- Monitoreo, registro y asistencia en la movilización por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
- Registro y apoyo emocional tanto en el paciente como en los familiares.
- Higiene y cuidado personal.

3 Metodología

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

4 Resultados

La atención del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) al paciente con neumonía implica una serie de acciones y responsabilidades que contribuyen al bienestar y la recuperación del paciente. Algunos de los resultados de la atención del Técnico al paciente con neumonía pueden incluir:

- Monitoreo y Registro: Realiza un seguimiento constante de los signos vitales del paciente, como la temperatura, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria, y registra estos datos para su posterior evaluación por parte del equipo de salud.

- Asistencia en la Movilización: Puede colaborar en la movilización y cambio de posición del paciente con neumonía para prevenir la acumulación de secreciones y mejorar la ventilación pulmonar.
- Administración de Medicamentos: Bajo la supervisión de un profesional de enfermería, el Técnico puede ayudar en la administración de medicamentos prescritos para el tratamiento de la neumonía, como antibióticos y broncodilatadores.
- Asistencia en la Alimentación: Colabora en la alimentación del paciente, asegurándose de que reciba una dieta adecuada y de que se tomen en cuenta las recomendaciones médicas en relación a la consistencia de los alimentos.
- Higiene y Cuidado Personal: Ayuda al paciente con la higiene personal, como el baño y el cambio de ropa de cama, para mantener la comodidad y prevenir infecciones.
- Apoyo en la Terapia Respiratoria: El Técnico puede colaborar en la administración de terapia respiratoria, como la utilización de dispositivos de inhalación o ejercicios de tos asistida.
- Observación de Cambios: El Técnico está atento a cualquier cambio en la condición del paciente y comunica de manera oportuna al equipo de salud si hay empeoramiento de los síntomas.
- Apoyo Emocional: Brinda apoyo emocional al paciente, escuchando sus preocupaciones y ofreciendo compañía en momentos de ansiedad o malestar.
- Colaboración en Procedimientos: Puede colaborar en la realización de procedimientos médicos, como la toma de muestras de sangre o la colocación de vías intravenosas.
- Registro de Información: El TCAE mantiene registros precisos de todas las intervenciones realizadas y los cambios observados en la condición del paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la atención al paciente con neumonía es crucial para garantizar una recuperación exitosa y el bienestar general del paciente. A través de sus funciones y colaboración con el equipo de salud, el Técnico despliega habilidades técnicas

y un enfoque humano que contribuyen significativamente al manejo integral de la neumonía.

Realiza una serie de tareas esenciales, que van desde el monitoreo de signos vitales y la administración de medicamentos hasta la asistencia en la movilización y la atención personal. Su apoyo emocional y su presencia constante brindan comodidad al paciente en momentos de vulnerabilidad. Además, desempeña un papel importante en la comunicación y el registro de información, lo que asegura una atención coordinada y la observación de cualquier cambio en la condición del paciente.

La colaboración entre el Técnico y otros miembros del equipo de salud, como enfermeras, médicos y terapeutas respiratorios, es esencial para proporcionar una atención holística y centrada en el paciente. Juntos, trabajan para garantizar la seguridad, la comodidad y la mejora de la salud del paciente con neumonía.

En última instancia, la dedicación del Técnico en la atención al paciente con neumonía contribuye significativamente a la calidad de la atención médica y al bienestar del paciente. Su compromiso en brindar una atención integral y compasiva hace una diferencia notable en la recuperación y la experiencia del paciente durante su lucha contra esta enfermedad respiratoria.

6 Bibliografía

-Pubmed

-Scielo

Capítulo 638

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA NUTRICIÓN ENTERAL

M.SOLEDAD GOMEZ GONZÁLEZ

VICTOR MOLINA SUAREZ

CRISTINA GAHETE PAREJA

MARÍA LOZANO LÓPEZ

ROCIO GARCIA PUNZANO

1 Introducción

La nutrición enteral es un componente esencial en la atención médica de pacientes que, debido a diversas razones, no pueden consumir alimentos de manera convencional.

La administración de la nutrición enteral puede llevarse a cabo mediante diferentes métodos, como sondas nasogástricas (colocadas a través de la nariz hasta el estómago), sondas nasoyeyunales (colocadas en el intestino delgado a través de la nariz), sondas gastrostómicas (colocadas directamente en el estómago a través de una pequeña incisión en la piel) y sondas yeyunales (colocadas en el intestino delgado a través de una incisión en la piel).

La nutrición enteral puede proporcionar los nutrientes esenciales que el cuerpo necesita para mantener su funcionamiento normal y apoyar la recuperación. Es especialmente útil en pacientes que no pueden comer adecuadamente debido a cirugías, enfermedades crónicas, quemaduras graves, trastornos neurológicos u otras condiciones médicas.

En esta exploración, examinaremos el papel fundamental del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el manejo de la nutrición enteral. Analizaremos cómo el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeña un papel crucial en la administración y el seguimiento de la alimentación enteral, asegurando que los pacientes reciban los nutrientes necesarios para su recuperación y bienestar, así como el correcto seguimiento de los mismos.

2 Objetivos

- Colaboración y monitoreo de la tolerancia por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.
- Administración y el seguimiento de la alimentación enteral

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica existente en las principales bases de datos Scielo, PubMed, Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La actuación del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el manejo de la nutrición enteral es esencial para garantizar que los pacientes reciban la alimentación adecuada y en las condiciones óptimas. Algunos de los resultados de la actuación del Técnico en este proceso pueden incluir:

- Preparación del Material: Se encarga de preparar el equipo y los materiales necesarios para administrar la nutrición enteral de manera higiénica y segura.

- Verificación de la Identidad del Paciente: Antes de administrar la nutrición enteral, verifica la identidad del paciente para asegurarse de que está proporcionando la alimentación al paciente correcto.
- Posicionamiento y Fijación de la Sonda: Si la sonda es nasogástrica o nasoyeyunal, el técnico puede colaborar en su inserción y fijación adecuada, siguiendo las pautas y las indicaciones del profesional de enfermería.
- Administración de la Alimentación: Bajo la supervisión del profesional de enfermería, el Técnico puede administrar la nutrición enteral siguiendo las indicaciones específicas del plan de alimentación prescrito.
- Control de la Velocidad de Administración: Colabora en el control y ajuste de la velocidad de administración de la nutrición enteral, evitando que el paciente reciba la alimentación demasiado rápido o demasiado lento.
- Monitoreo de Tolerancia: Observa la tolerancia del paciente a la nutrición enteral, comunicando cualquier síntoma o problema al equipo de salud para realizar ajustes si es necesario.
- Registro de la Administración: Mantiene registros precisos de la administración de la nutrición enteral, incluyendo la cantidad, la hora y cualquier observación relevante.
- Asistencia en la Higiene: Colabora en la higiene oral y bucal del paciente, especialmente si se trata de una sonda nasogástrica.
- Colaboración en la Monitorización: El Técnico colabora en la monitorización de los signos vitales y la observación de cualquier cambio en la condición del paciente durante la administración de la nutrición enteral.

Apoyo Emocional: Durante el proceso, brinda apoyo emocional al paciente, manteniendo un ambiente cómodo y seguro.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la actuación del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el manejo de la nutrición enteral desempeña un papel fundamental en el cuidado y la recuperación de los pacientes que requieren esta forma de alimentación. Contribuye de manera significativa al proceso de administración de

la nutrición enteral, asegurando que se cumplan las pautas y protocolos establecidos para brindar una atención segura y efectiva.

La preparación adecuada del equipo, la verificación de la identidad del paciente, la administración de la alimentación con precisión, el monitoreo de la tolerancia y la colaboración en la higiene son algunas de las responsabilidades clave del Técnico en este contexto. Además, su apoyo emocional y su capacidad para mantener un ambiente cómodo y seguro son esenciales para brindar una experiencia positiva al paciente durante el proceso.

La colaboración efectiva entre el Técnico y el equipo de salud, que incluye enfermeras, médicos y dietistas, es esencial para garantizar una atención integral y coordinada en el manejo de la nutrición enteral. Juntos, trabajan para garantizar que los pacientes reciban los nutrientes necesarios para su recuperación y bienestar.

En última instancia, la actuación del Técnico en el manejo de la nutrición enteral demuestra su compromiso con la atención de calidad y su capacidad para brindar un apoyo esencial a los pacientes que dependen de este tipo de alimentación. Su dedicación contribuye significativamente a la salud y el bienestar de los pacientes, mejorando su calidad de vida durante el proceso de tratamiento y recuperación.

6 Bibliografía

-Pubmed

-Scielo

Capítulo 639

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON OSTEOPOROSIS

SONIA CORROCHANO GARRIDO

TAMARA CARRILLO LÓPEZ

ARACELI CARVAJAL TANTE

CRISTINA REQUENA MARTINEZ

NOEMÍ CAMPILLO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La osteoporosis es una enfermedad caracterizada por la disminución de la densidad ósea y la fragilidad de los huesos, lo que aumenta el riesgo de fracturas y lesiones. Esta condición médica afecta principalmente a las personas de edad avanzada, especialmente a las mujeres posmenopáusicas, aunque también puede afectar a personas más jóvenes. Los pacientes con osteoporosis requieren cuidados y atención específicos para prevenir complicaciones y mejorar su calidad de vida.

En este contexto, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) juega un papel crucial en la atención y el apoyo a los pacientes con osteoporosis. Sus

funciones abarcan desde la prevención de caídas hasta la asistencia en el autocuidado y la promoción de hábitos de vida saludables. Este análisis se centrará en explorar y comprender los cuidados que el Técnico brinda a los pacientes con osteoporosis, destacando la importancia de su papel en la prevención de fracturas y en la mejora del bienestar de estos pacientes vulnerables.

El número de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) que atienden a pacientes con osteoporosis puede variar según la carga de trabajo de la institución de salud, la cantidad de pacientes con esta condición y otros factores. En general, el número de Técnicos asignados a pacientes con osteoporosis dependerá de las necesidades y la demanda de atención en la unidad o servicio correspondiente.

2 Objetivos

- Explorar y comprender los cuidados que el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería brinda a los pacientes con osteoporosis
- Prevención y asistencia a la movilización

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 un papel esencial en la atención y el apoyo a los pacientes con osteoporosis. Sus funciones están diseñadas para ayudar a prevenir caídas, fracturas y otras complicaciones asociadas con esta enfermedad. Algunas de las funciones clave del Técnico en el cuidado de pacientes con osteoporosis incluyen:

- Prevención de Caídas: Colaborar en la prevención de caídas al ayudar a los pacientes a moverse de manera segura, utilizando dispositivos de apoyo si es

necesario, y manteniendo las áreas de tránsito libres de obstáculos.

- Asistencia en la Movilización: Ayudar a los pacientes a levantarse de la cama, caminar y realizar movimientos diarios para mantener su fuerza y flexibilidad, bajo la supervisión y orientación del personal de enfermería.
- Cuidado Personal y Aseo: Brindar asistencia en el cuidado personal y el aseo diario, garantizando que los pacientes realicen estas actividades de manera segura y sin riesgo de caídas.
- Apoyo en la Alimentación: Colaborar en la alimentación de los pacientes, asegurándose de que reciban una dieta equilibrada y adecuada en calcio y vitamina D para fortalecer sus huesos.
- Colaboración en la Administración de Medicamentos: Asistir en la administración de medicamentos recetados, como suplementos de calcio y vitamina D, bajo la supervisión de un profesional de enfermería.
- Educación al Paciente: Brindar información y educación a los pacientes sobre la importancia de mantener una postura adecuada, evitar movimientos bruscos y realizar ejercicios de fortalecimiento para reducir el riesgo de fracturas.
- Apoyo en Terapias Físicas: Colaborar en terapias físicas y ejercicios diseñados para mejorar la fuerza muscular, la flexibilidad y el equilibrio, bajo la supervisión de terapeutas especializados.
- Fomento del Autocuidado: Animar a los pacientes a participar en su autocuidado, promoviendo la autonomía en la medida de lo posible.
- Observación y Comunicación: Estar atento a cualquier signo de malestar o dolor en los pacientes con osteoporosis y comunicar cualquier cambio a los profesionales de enfermería.
- Documentación: Registrar las actividades realizadas y cualquier observación relevante en los registros médicos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel esencial en el cuidado de los pacientes con osteoporosis al proporcionar una atención integral y de apoyo. Los cuidados brindados por el Técnico se

centran en la prevención de caídas, la asistencia en la movilización, el fomento de hábitos de vida saludables y la colaboración en terapias físicas y ejercicios. Estas funciones contribuyen directamente a la seguridad, la comodidad y el bienestar de los pacientes con osteoporosis.

La educación y el apoyo proporcionados por el Técnico son cruciales para empoderar a los pacientes con osteoporosis a tomar medidas para mantener la salud de sus huesos y reducir el riesgo de fracturas. El Técnico también desempeña un papel clave en la observación de signos de malestar y en la comunicación con el equipo de atención médica, lo que ayuda a prevenir complicaciones y a intervenir a tiempo en caso de necesidad.

En última instancia, el compromiso del Técnico en el cuidado de los pacientes con osteoporosis contribuye a mejorar su calidad de vida y a mantenerlos activos y funcionales a pesar de los desafíos que esta enfermedad presenta. La colaboración entre el Técnico y el equipo de salud resulta en una atención completa y efectiva que aborda las necesidades físicas y emocionales de los pacientes con osteoporosis.

6 Bibliografía

-Pubmed

-Scielo

Capítulo 640

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA FRENTE A LA UNIDAD DE QUEMADOS

SONIA CORROCHANO GARRIDO

TAMARA CARRILLO LÓPEZ

ARACELI CARVAJAL TANTE

CRISTINA REQUENA MARTINEZ

NOEMÍ CAMPILLO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La Unidad de Quemados es un entorno médico altamente especializado que trata a pacientes que han sufrido quemaduras de diversa gravedad. Estos pacientes requieren una atención meticulosa y enfocada en la curación de sus heridas, la prevención de infecciones y la gestión del dolor. En este contexto, el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es fundamental para brindar un apoyo integral a los pacientes, colaborar con el equipo médico y ayudar en la implementación de tratamientos y cuidados específicos.

En esta exploración, examinaremos las funciones esenciales que realiza el Técnico frente a la Unidad de Quemados. Estas funciones van más allá de la asisten-

cia básica y son fundamentales para el bienestar de los pacientes que atraviesan un proceso de recuperación desafiante. La colaboración, el cuidado y el compromiso del Técnico en esta área son esenciales para contribuir a la recuperación y mejorar la calidad de vida de los pacientes con quemaduras.

La vestimenta del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la Unidad de Quemados debe ser cuidadosamente seleccionada para garantizar la seguridad y la higiene tanto del paciente como del propio profesional. Dado que los pacientes en la Unidad de Quemados son especialmente vulnerables debido a las heridas y las posibles infecciones, la vestimenta adecuada es crucial.

2 Objetivos

- Asistencia en la Documentación y colaboración en la Movilización y el Cambio de Posición por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
- Apoyo emocional.

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 papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la Unidad de Quemados es esencial para proporcionar una atención de calidad a los pacientes que requieren cuidados especializados debido a quemaduras. Las funciones del Técnico en esta unidad son variadas y fundamentales para contribuir a la recuperación y el bienestar de los pacientes. Algunas de las funciones específicas del Técnico en la Unidad de Quemados incluyen:

- Asistencia en la Higiene y Cuidado Personal: Ayudar a los pacientes en la higiene personal, incluida la limpieza de las áreas afectadas por las quemaduras. Esto

puede incluir el lavado de la piel, el cambio de vendajes y la aplicación de cremas o medicamentos según las indicaciones del personal de enfermería.

- Colaboración en la Movilización y el Cambio de Posición: Ayudar a los pacientes a cambiar de posición en la cama o a moverse de manera segura, teniendo en cuenta la sensibilidad y la fragilidad de la piel quemada.
- Asistencia en la Alimentación: Brindar apoyo en la alimentación de los pacientes, adaptándose a sus necesidades individuales y prestando atención a cualquier dificultad relacionada con las heridas o la movilidad.
- Apoyo en la Prevención de Infecciones: Colaborar en la prevención de infecciones al garantizar que las áreas afectadas estén limpias y protegidas adecuadamente. Ayudar en la observación de signos de infección y comunicar cualquier cambio al personal de enfermería.
- Preparación y Asistencia en Procedimientos: Ayudar en la preparación de materiales y equipos necesarios para procedimientos médicos, como la curación de heridas, la extracción de muestras y la administración de medicamentos, bajo la supervisión de profesionales de enfermería.
- Asistencia en la Terapia Física y Ocupacional: Colaborar con terapeutas físicos y ocupacionales en la implementación de ejercicios y terapias destinados a mantener la movilidad, la flexibilidad y la función de las extremidades afectadas.
- Apoyo en la Comodidad y el Dolor: Ayudar a los pacientes a encontrar posiciones cómodas y brindar apoyo en la administración de medidas para aliviar el dolor, como cambios de posición y aplicación de medicamentos según las indicaciones.
- Observación y Comunicación: Estar atento a cualquier cambio en la condición de los pacientes y comunicar de manera efectiva al equipo médico cualquier signo de deterioro o necesidad.
- Asistencia en la Documentación: Registrar las actividades realizadas y cualquier observación relevante en los registros médicos de manera precisa y oportuna.
- Apoyo Emocional: Brindar un apoyo compasivo a los pacientes y sus familias, reconociendo las dificultades emocionales asociadas con las quemaduras y el proceso de recuperación.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel fundamental y multifacético en la Unidad de Quemados. Su presencia y sus funciones son esenciales para brindar una atención integral y de calidad a los pacientes que enfrentan la difícil situación de quemaduras. La colaboración del Técnico en esta unidad abarca desde la asistencia en la higiene y el cuidado personal, hasta el apoyo en procedimientos médicos, la prevención de infecciones y la promoción del bienestar emocional de los pacientes.

Al colaborar estrechamente con el equipo médico y de enfermería, contribuye a la creación de un entorno seguro y propicio para la recuperación de los pacientes. Su compromiso en el cumplimiento de las funciones asignadas, la observación cuidadosa de los cambios en la condición de los pacientes y la comunicación efectiva con el equipo médico, son esenciales para proporcionar una atención óptima y personalizada.

En la Unidad de Quemados, el Técnico desempeña un rol clave en la mejora de la calidad de vida de los pacientes, brindando apoyo físico y emocional en un momento crítico de sus vidas. Su dedicación, profesionalismo y empatía contribuyen a aliviar el dolor, prevenir infecciones y facilitar el proceso de recuperación. En última instancia, la colaboración del Técnico en la Unidad de Quemados refuerza la importancia de un enfoque interdisciplinario en la atención médica y resalta la valiosa contribución que cada miembro del equipo de salud hace para el bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

-Pubmed

-Scielo

Capítulo 641

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

SONIA CORROCHANO GARRIDO

TAMARA CARRILLO LÓPEZ

ARACELI CARVAJAL TANTE

CRISTINA REQUENA MARTINEZ

NOEMÍ CAMPILLO RODRÍGUEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión, también conocidas como úlceras de decúbito o llagas por presión, son lesiones en la piel y el tejido subyacente causadas por la presión constante o la fricción en áreas del cuerpo que están en contacto con superficies duras durante un período prolongado. Estas úlceras pueden afectar a personas que tienen dificultades para moverse por sí mismas, como pacientes hospitalizados, ancianos o aquellos con movilidad limitada.

En este contexto, el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es crucial en la prevención y el manejo de las úlceras por presión. Desempeña un papel activo en la atención diaria de los pacientes, colaborando con el

personal de enfermería para implementar medidas de prevención, brindar cuidados y contribuir al bienestar general de los pacientes en riesgo de desarrollar úlceras por presión. En esta exploración, examinaremos la importancia de la función del Técnico en la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión, así como su papel en el fomento de una atención de calidad para aquellos que son vulnerables a esta complicación.

El número de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) que participan en la prevención y el cuidado de úlceras por presión puede variar según el tamaño y la complejidad de la institución de salud, así como la cantidad de pacientes que requieran atención en este contexto. En general, en unidades de cuidados donde la prevención y el tratamiento de úlceras por presión son prioritarios, es común que haya varios Técnicos involucrados en estas tareas.

2 Objetivos

-Brindar cuidados y contribuir al bienestar general de los pacientes en riesgo de desarrollar úlceras por presión.

-Fomento de una atención de calidad para aquellos que son vulnerables a esta complicación.

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 número de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) involucrados en la prevención y el cuidado de úlceras por presión puede variar según el tamaño y la complejidad de la institución de salud, así como la cantidad de pacientes que requieran atención en este contexto. A continuación, se presentan algunas de las funciones que los Técnicos suelen desempeñar en relación con las úlceras por presión:

- Vigilancia y Observación Continua: Los Técnicos son responsables de observar de cerca la piel de los pacientes, especialmente aquellas áreas que son propensas a desarrollar úlceras por presión debido a la presión constante. Realizan inspecciones regulares para detectar signos tempranos de enrojecimiento, irritación o cambios en la piel.
- Movilización y Cambio de Posición: Ayudan a los pacientes con movilidad limitada o postrados en cama a cambiar de posición periódicamente. Esto reduce la presión constante en una sola área y disminuye el riesgo de desarrollar úlceras por presión.
- Higiene y Cuidado de la Piel: Asisten en la limpieza y el cuidado de la piel de los pacientes, prestando especial atención a las áreas propensas a úlceras por presión. Pueden aplicar lociones o cremas hidratantes para mantener la piel en buenas condiciones.
- Colaboración en la Alimentación y la Hidratación: Si el paciente no puede alimentarse por sí mismo, los Técnicos ayudan en la alimentación y la hidratación, asegurando que reciban la nutrición necesaria para mantener la salud de la piel.
- Comunicación con el Equipo de Salud: Reportan cualquier cambio en la piel de los pacientes a los profesionales de enfermería y otros miembros del equipo de salud, lo que permite tomar medidas preventivas o de tratamiento a tiempo.
- Apoyo en la Colocación de Dispositivos de Prevención: Si se requieren dispositivos especiales de prevención de úlceras por presión, como colchones de aire o almohadas antiescaras, pueden ayudar en la colocación y el ajuste adecuado de estos dispositivos.
- Educación y Orientación: Pueden proporcionar educación básica a los pacientes y sus familias sobre la importancia de la prevención de úlceras por presión, la higiene de la piel y las medidas de autocuidado.
- Apoyo Emocional: Brindar apoyo emocional a los pacientes, ya que la prevención y el tratamiento de úlceras por presión pueden ser una experiencia desafiante tanto física como emocionalmente.
- Registro y Documentación: Registran todas las observaciones, cuidados y cambios en la piel de los pacientes en los registros médicos, asegurando que la información esté disponible para el equipo de salud.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la prevención y el cuidado de úlceras por presión es fundamental para garantizar la salud y el bienestar de los pacientes. Si bien el número exacto de Técnicos involucrados en esta área puede variar según el entorno de atención médica y la cantidad de pacientes, su contribución es esencial en cualquier contexto.

Desempeñan un rol activo en la vigilancia y observación continua de la piel de los pacientes, el cambio de posición para aliviar la presión, la higiene y el cuidado de la piel, y la colaboración en la colocación de dispositivos de prevención. Su comunicación efectiva con el equipo de salud, la educación a los pacientes y sus familias, y su compromiso emocional son componentes vitales en la prevención y el manejo de úlceras por presión.

La colaboración interdisciplinaria entre Técnicos, enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud es esencial para abordar las necesidades de los pacientes y prevenir el desarrollo de úlceras por presión. Mediante la implementación de protocolos de prevención y la atención constante a la salud de la piel de los pacientes, contribuyen significativamente a la mejora de la calidad de atención y la calidad de vida de aquellos que son vulnerables a estas complicaciones.

En última instancia, el compromiso, la atención cuidadosa y la dedicación de los Técnicos en la prevención y el cuidado de úlceras por presión demuestran su importancia en la atención integral y la promoción de la salud de los pacientes. Su papel activo y su enfoque centrado en el paciente hacen que sean una parte esencial de los equipos de atención médica en esta área crítica.

6 Bibliografía

-Pubmed

-Scielo

Capítulo 642

ALMACÉN HOSPITALARIO Y LAS TAREAS DEL CELADOR

MARTA ALANIS AVILA

CRISTINA CAMINO MUÑOZ

MIGUEL ANGEL ASPERILLA LOPEZ

RAUL MARTIN CARO CUDERO

NATALIA MARCOS GÓMEZ

1 Introducción

Un almacén hospitalario es una instalación específicamente diseñada y organizada dentro de un entorno hospitalario para el almacenamiento y gestión de suministros médicos, equipos, dispositivos y medicamentos esenciales. Su función principal es garantizar que el personal médico tenga acceso oportuno a los recursos necesarios para brindar atención de calidad a los pacientes mientras se mantiene un control riguroso de inventario y cumplimiento normativo.

Estos almacenes son vitales para la operación eficiente de un hospital y deben ser gestionados por personal capacitado en logística y gestión de inventarios. Los suministros en un almacén hospitalario pueden incluir desde medicamentos y material quirúrgico hasta equipos médicos especializados como monitores cardíacos o respiradores.

La organización y el control son fundamentales en un almacén hospitalario. Esto implica llevar un registro exhaustivo de las existencias, garantizar que los productos se almacenen adecuadamente según su tipo y requisitos de temperatura, y supervisar las fechas de vencimiento para evitar la utilización de suministros obsoletos.

En resumen, un almacén hospitalario es una parte crítica de la infraestructura hospitalaria que se dedica a la gestión eficiente y segura de suministros médicos y equipos esenciales. Su correcto funcionamiento es esencial para asegurar que los pacientes reciban la atención médica necesaria en el momento adecuado y para mantener los estándares de calidad y seguridad en la atención de la salud.

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 almacén hospitalario son esenciales para garantizar una gestión eficiente de suministros médicos y equipos, lo que contribuye directamente a la calidad de la atención médica. Aunque el papel del celador en el almacén puede variar según las políticas y la estructura del hospital, aquí se describen algunas de las funciones clave:

Recepción y verificación de suministros: El celador puede ser responsable de recibir y verificar los suministros médicos y equipos que llegan al almacén. Esto implica inspeccionar los paquetes para asegurarse de que estén en buen estado y correspondan a las órdenes.

Almacenamiento adecuado: El celador debe asegurarse de que los suministros se

almacenen de manera ordenada y según su tipo. Esto puede requerir el uso de sistemas de etiquetado y organización para facilitar la ubicación y la identificación rápida de los productos.

Control de inventario: Llevar un registro preciso del inventario es crucial para evitar escasez o exceso de suministros. El celador puede colaborar en la actualización de las existencias en sistemas de gestión o hojas de cálculo.

Distribución de suministros: Cuando los departamentos médicos requieren suministros, el celador puede ser responsable de preparar y distribuir los pedidos de manera oportuna y precisa. Esto puede incluir etiquetar los suministros con la información necesaria.

Gestión de fechas de vencimiento: Es fundamental monitorear y retirar productos vencidos para evitar su uso incorrecto. El celador puede colaborar en el control de las fechas de caducidad y retirar los artículos vencidos de manera adecuada.

Coordinación con el personal médico: El celador puede trabajar en estrecha colaboración con los departamentos médicos para comprender sus necesidades de suministros y equipos, asegurándose de que los productos estén disponibles cuando se necesiten.

Mantenimiento y limpieza: El celador puede ser responsable de mantener el área de almacenamiento limpia y ordenada. Esto incluye garantizar la higiene y organizar los suministros para prevenir contaminación o deterioro.

Cumplimiento normativo: Asegurarse de que los productos estén almacenados de acuerdo con las regulaciones y directrices de seguridad y salud es crucial. El celador debe estar informado sobre los requisitos específicos para distintos tipos de suministros.

El celador en el almacén hospitalario desempeña un papel vital en la gestión efectiva de suministros y equipos médicos. Su contribución en la recepción, almacenamiento, distribución y mantenimiento de estos elementos garantiza un flujo eficiente de recursos, apoyando así la calidad de la atención médica brindada a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal del celador para garantizar un buen funcionamiento del almacén hospitalario es mantener una gestión de inventario rigurosa y precisa. Esto implica llevar un registro minucioso de las existencias, verificar fechas de vencimiento, y asegurarse de que los productos se almacenen de manera organizada y accesible. La precisión en el inventario es esencial para evitar escasez o exceso de suministros, lo que podría afectar la atención a los pacientes.

Además, es fundamental mantener un entorno limpio y ordenado en el almacén, siguiendo los protocolos de higiene y seguridad. La comunicación efectiva con los departamentos médicos para comprender sus necesidades y garantizar una distribución oportuna de suministros también es esencial. En resumen, una gestión de inventario meticulosa y una coordinación eficaz son clave para asegurar que el almacén hospitalario funcione de manera eficiente y contribuya a la calidad de la atención médica brindada en el hospital.

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 643

LA FARMACIA HOSPITALARIA Y LAS TAREAS DEL CELADOR EN ESTE SERVICIO

CRISTINA CAMINO MUÑOZ

MIGUEL ANGEL ASPERILLA LOPEZ

NATALIA MARCOS GÓMEZ

RAUL MARTIN CARO CUDERO

MARTA ALANIS AVILA

1 Introducción

La farmacia hospitalaria es una rama especializada de la farmacia que se enfoca en la gestión y distribución de medicamentos y productos farmacéuticos en el entorno hospitalario. Su objetivo principal es garantizar el acceso seguro, eficiente y efectivo a los medicamentos necesarios para el tratamiento de los pacientes ingresados en el hospital.

Las funciones de la farmacia hospitalaria son diversas e incluyen:

Distribución de medicamentos: La farmacia hospitalaria es responsable de preparar y distribuir los medicamentos recetados por los médicos a los pacientes en el hospital. Esto asegura que se administren las dosis correctas y que los medicamentos estén disponibles cuando se necesiten.

Gestión de inventario: La farmacia hospitalaria lleva un control riguroso de los medicamentos y productos farmacéuticos en existencia. Esto implica la compra, recepción, almacenamiento y supervisión de los niveles de inventario para evitar escasez o desperdicio.

Preparación de formulaciones especiales: En algunos casos, se requieren formulaciones personalizadas de medicamentos para satisfacer las necesidades específicas de los pacientes. La farmacia hospitalaria puede preparar estas formulaciones bajo supervisión médica.

Asesoramiento farmacoterapéutico: Los farmacéuticos hospitalarios trabajan en estrecha colaboración con los médicos y el personal de enfermería para proporcionar información sobre la dosificación, interacciones medicamentosas y efectos secundarios de los medicamentos.

Farmacovigilancia: La farmacia hospitalaria también monitorea y reporta cualquier efecto secundario o reacción adversa a los medicamentos, contribuyendo a la seguridad del paciente.

Optimización de costos: La gestión eficiente del inventario y la búsqueda de opciones de medicamentos más económicos pueden ayudar a reducir los costos de atención médica.

Investigación y educación: Los farmacéuticos hospitalarios pueden participar en investigaciones clínicas y proporcionar capacitación y educación sobre el uso adecuado de medicamentos al personal de salud.

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 la farmacia hospitalaria son cruciales para garantizar una gestión eficiente de medicamentos y productos farmacéuticos, así como para mantener la seguridad y la calidad en la atención médica. Aunque las responsabilidades pueden variar según las políticas y el tamaño del hospital, aquí se describen algunas de las funciones clave:

Recepción y entrega de medicamentos: El celador puede ser responsable de recibir los medicamentos entregados por proveedores externos y de verificar que coincidan con las órdenes. Luego, asegura la entrega de los medicamentos a las áreas correspondientes del hospital, colaborando en la distribución eficiente.

Control de inventario: Colabora en el mantenimiento de un inventario preciso de medicamentos y productos farmacéuticos. Esto implica ayudar en la gestión de existencias, verificar las fechas de vencimiento y notificar sobre la necesidad de reabastecimiento.

Seguridad y custodia: La farmacia hospitalaria es un lugar crítico para la seguridad de los medicamentos. El celador debe garantizar que solo el personal autorizado tenga acceso a la farmacia y que se sigan los protocolos de seguridad para prevenir robos o uso indebido.

Transporte seguro de medicamentos: Cuando se requiere llevar medicamentos desde la farmacia hasta las áreas de atención al paciente, el celador debe garantizar que se haga de manera segura y en condiciones adecuadas de almacenamiento para preservar la eficacia de los medicamentos.

Apoyo en la preparación de medicamentos: En algunas situaciones, como la preparación de dosis unitarias, el celador puede colaborar bajo la supervisión de un farmacéutico, asegurando que se sigan los procedimientos de manera precisa y cuidadosa.

Limpieza y organización: Mantener la farmacia limpia y ordenada es esencial para prevenir la contaminación de los medicamentos y facilitar la búsqueda de productos. El celador puede ayudar a mantener la higiene y el orden en el área.

Registro y documentación: El celador puede registrar información sobre las entregas de medicamentos, el movimiento de inventario y otras actividades en la farmacia. Esto contribuye al seguimiento y control adecuado de los medicamentos.

Asistencia en emergencias: En situaciones de emergencia, como una falta repentina de medicamentos esenciales, el celador puede colaborar en la búsqueda de soluciones temporales y comunicar la situación al personal de la farmacia.

El celador en la farmacia hospitalaria desempeña un papel clave en la gestión de medicamentos y productos farmacéuticos, apoyando la entrega oportuna y segura de tratamientos a los pacientes. Su contribución en la seguridad, organización y eficiencia de la farmacia es esencial para mantener la calidad de la atención médica en el hospital.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal para un buen servicio de farmacia hospitalaria es mantener una gestión de medicamentos y productos farmacéuticos altamente precisa y segura. Esto implica una atención meticulosa a la recepción, verificación y almacenamiento de suministros, así como un control de inventario riguroso para prevenir escasez o desperdicio.

Además, se debe enfocar en la seguridad de los medicamentos, asegurando que solo el personal autorizado tenga acceso a la farmacia y que se sigan los protocolos de seguridad establecidos. La comunicación efectiva con el personal médico y de enfermería es esencial para garantizar la disponibilidad oportuna de medicamentos y responder a situaciones de urgencia.

La farmacia debe mantenerse limpia y organizada, siguiendo estándares de higiene, y se debe prestar atención a la formación y actualización constante del personal. Un servicio de farmacia eficiente es esencial para la atención médica de calidad y la seguridad del paciente en el hospital.

6 Bibliografía

Romero, M. D. A. G., Aznar, E. M., Giménez, C. P., Ibuarben, 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 644

ENDOSCOPIAS Y LAS TAREAS DEL CELADOR EN ESTE SERVICIO

CRISTINA CAMINO MUÑOZ

MIGUEL ANGEL ASPERILLA LOPEZ

NATALIA MARCOS GÓMEZ

RAUL MARTIN CARO CUDERO

MARTA ALANIS AVILA

1 Introducción

El servicio de endoscopias hospitalarias es una parte esencial de la atención médica que se centra en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de diversas condiciones médicas utilizando endoscopios, instrumentos médicos diseñados para explorar y tratar el interior del cuerpo humano sin cirugía invasiva.

Este servicio hospitalario se lleva a cabo en un entorno especializado llamado sala de endoscopia y está dirigido por un equipo multidisciplinario que incluye gastroenterólogos, cirujanos, enfermeras y técnicos de endoscopia. Algunas de las funciones y aspectos clave de los servicios de endoscopia hospitalaria incluyen:

Diagnóstico y evaluación: Los procedimientos de endoscopia se utilizan para diagnosticar afecciones gastrointestinales, respiratorias, urinarias y otras, permitiendo a los médicos obtener imágenes en tiempo real del interior del cuerpo para identificar problemas o tomar biopsias.

Tratamiento: En algunos casos, se pueden realizar procedimientos terapéuticos a través de la endoscopia, como la extirpación de pólipos, la detección y tratamiento de sangrado interno, o la dilatación de áreas estrechas en el sistema digestivo.

Seguimiento: Los pacientes con afecciones crónicas pueden someterse a endoscopias de seguimiento para evaluar la progresión de la enfermedad o el efecto de tratamientos previos.

Sedación y monitoreo: Los pacientes suelen recibir sedación durante los procedimientos para minimizar el malestar. El equipo médico supervisa continuamente las funciones vitales del paciente durante todo el proceso.

Higiene y esterilización: El equipo de endoscopia debe mantener altos estándares de higiene y esterilización para prevenir infecciones y garantizar la seguridad del paciente.

Información y apoyo al paciente: El personal médico brinda información detallada a los pacientes sobre el procedimiento, sus riesgos y beneficios, y ofrece apoyo emocional antes y después de la endoscopia.

En resumen, Los servicios de endoscopia hospitalaria son vitales para el diagnóstico y tratamiento de una amplia variedad de afecciones médicas. Este servicio se lleva a cabo con tecnología médica avanzada y un equipo altamente capacitado, y desempeña un papel esencial en la atención médica moderna al permitir diagnósticos y tratamientos precisos y menos invasivos.

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

El celador desempeña un papel crucial en el servicio de endoscopias hospitalarias, donde la coordinación y el apoyo son fundamentales para garantizar la eficiencia y el bienestar de los pacientes. Sus funciones en este entorno específico pueden variar según las políticas del hospital, pero aquí se describen algunas responsabilidades clave:

Preparación del área de endoscopia: El celador colabora en la preparación de las salas de endoscopia antes de cada procedimiento. Esto incluye asegurarse de que los equipos y suministros necesarios estén disponibles y que la sala esté limpia y ordenada.

Transporte de pacientes: El celador es responsable de llevar a los pacientes desde sus habitaciones o áreas de espera hasta la sala de endoscopia. Durante este proceso, debe brindar apoyo emocional y asegurarse de que el paciente esté cómodo y tranquilo.

Asistencia al equipo médico: Durante el procedimiento de endoscopia, el celador colabora con el equipo médico proporcionando instrumentos y suministros adicionales según sea necesario. También puede ayudar en la preparación del paciente y la supervisión de su bienestar durante el procedimiento.

Transporte post-procedimiento: Una vez que se completa la endoscopia, el celador acompaña al paciente de regreso a su habitación o área de recuperación. Debe estar atento a cualquier signo de malestar o reacción adversa y notificar al personal médico según corresponda.

Mantenimiento de la privacidad y la dignidad: El celador debe proteger la privacidad y la dignidad del paciente en todo momento, asegurándose de que se mantengan los estándares de confidencialidad durante el transporte y la atención.

Coordinación de horarios: En algunos casos, el celador puede ser responsable de coordinar horarios y asegurarse de que los pacientes lleguen a la sala de endoscopia puntualmente, evitando retrasos innecesarios.

Cumplimiento de normativas: El celador debe seguir estrictamente las normativas de higiene, seguridad y calidad en la atención al paciente en el entorno de endoscopia, ayudando a mantener un ambiente seguro y estéril.

Apoyo a familiares: Además de cuidar al paciente, el celador puede ofrecer información y apoyo a los familiares que acompañan al paciente antes y después del procedimiento.

El celador en el servicio de endoscopias hospitalarias desempeña un papel esencial en la atención y el cuidado de los pacientes, garantizando que el proceso se desarrolle de manera eficiente y que los pacientes reciban el apoyo necesario para una experiencia segura y cómoda. Su trabajo contribuye a la calidad de la atención médica en el hospital.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación clave del celador para un buen funcionamiento del área de endoscopias hospitalarias es mantener una comunicación fluida y coordinación efectiva entre todo el equipo. Esto incluye una preparación meticulosa de la sala, asegurar la disponibilidad de equipos y suministros, y garantizar el transporte seguro y cómodo de los pacientes. Asimismo, es fundamental mantener un ambiente limpio y ordenado para prevenir infecciones. El celador debe estar atento a las necesidades de los pacientes y colaborar estrechamente con el equipo médico para asegurar una experiencia tranquila y eficiente. En última instancia, la cooperación y la atención a los detalles son esenciales para el éxito y la calidad de los procedimientos de endoscopias.

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 645

EL TRATAMIENTO DE DATOS DE UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE SANIDAD

MARTA ORTEGA GOMEZ

MONICA NAVARRO AGUILERA

LARA ALVAREZ ALCAIDE

ÁLVARO CASTILLO ORTEGA

ELENA ORTEGA GOMEZ

1 Introducción

El tratamiento de datos en el ámbito de la sanidad se refiere al proceso de recopilación, almacenamiento, procesamiento, análisis y gestión de información relacionada con la salud de los pacientes, personal médico, administrativo y otros aspectos dentro de un entorno de atención médica. Este tratamiento abarca una amplia gama de actividades que involucran la manipulación de información sensible y confidencial con el objetivo de brindar atención médica de calidad, gestionar recursos y cumplir con regulaciones y normativas de privacidad.

En el entorno sanitario, el tratamiento de datos es una actividad esencial para el funcionamiento efectivo y seguro de los servicios de atención médica. En este

contexto, el Auxiliar Administrativo desempeña un papel fundamental al manejar y gestionar información confidencial y sensible de pacientes, personal médico y administrativo, y otros aspectos relacionados con la salud. A lo largo de esta exploración, examinaremos la importancia de la función del Auxiliar Administrativo en el tratamiento de datos en el ámbito sanitario, destacando su responsabilidad en el mantenimiento de la privacidad, seguridad y cumplimiento normativo en la gestión de información sensible en el sector de la salud. Un auxiliar administrativo sin confidencialidad no puede trabajar en un organismo público debido al gran número de problemas que ocasionaría.

2 Objetivos

- Responsabilidad en el mantenimiento de la privacidad, seguridad y cumplimiento normativo en la gestión de información sensible en el sector de la salud.
- Apoyo en investigación 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 tratamiento de datos en el ámbito de la sanidad implica una serie de funciones esenciales que el Auxiliar Administrativo desempeña para garantizar la correcta gestión, seguridad y privacidad de la información en el entorno médico. Algunas de las funciones que puede llevar a cabo el Auxiliar Administrativo en el tratamiento de datos de sanidad incluyen:

1. Registro y Actualización de Información: Ingresar datos precisos y actualizados en los sistemas de registro médico, historias clínicas electrónicas y otros sistemas de gestión.

2. Gestión de Citas: Programar y coordinar citas médicas y procedimientos, asegurándose de que los horarios sean eficientes y que se eviten conflictos.
3. Control de Acceso: Supervisar quién tiene acceso a los registros médicos y la información confidencial, asegurando que solo el personal autorizado pueda acceder a la información.
4. Mantenimiento de Registros: Organizar y archivar documentos médicos, informes de pruebas, resultados de exámenes y otros registros de manera ordenada y accesible.
5. Facturación y Cobros: Realizar procesos de facturación, gestionar pagos y asegurarse de que la información financiera sea precisa y esté correctamente documentada.
6. Cumplimiento Normativo: Asegurarse de que el manejo de datos cumple con regulaciones y normativas de privacidad, como la Ley de Protección de Datos y otras leyes aplicables.
7. Comunicación Interna: Facilitar la comunicación entre diferentes departamentos y equipos médicos, compartiendo información relevante y asegurando una coordinación adecuada.
8. Apoyo en Investigaciones: Ayudar en la recopilación y organización de datos para estudios clínicos, investigaciones médicas y análisis estadísticos.
9. Gestión de Información de Pacientes: Actualizar y mantener la información demográfica y médica de los pacientes de manera precisa y confidencial.
10. Confidencialidad y Privacidad: Garantizar la confidencialidad de la información del paciente y cumplir con estándares éticos y legales en la protección de datos médicos.
11. Soporte Administrativo: Brindar apoyo en tareas administrativas como la preparación de informes, la respuesta a solicitudes de información y la coordinación de actividades.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el tratamiento de datos en el ámbito de la sanidad es una tarea fundamental que desempeña el Auxiliar Administrativo para asegurar el fun-

cionamiento efectivo y seguro de los servicios de atención médica. A través de sus funciones y responsabilidades, el Auxiliar Administrativo contribuye a la gestión eficiente de la información médica y administrativa, así como a la protección de la confidencialidad y privacidad de los datos de los pacientes y el personal.

La gestión adecuada de los datos en sanidad no solo garantiza la precisión y accesibilidad de la información necesaria para la toma de decisiones médicas, sino que también cumple con regulaciones y normativas legales de privacidad y protección de datos, como la Ley de Protección de Datos. Además, el Auxiliar Administrativo desempeña un papel clave en la comunicación interna y en la coordinación de los distintos procesos administrativos y médicos dentro de una institución sanitaria.

En un mundo cada vez más digitalizado y orientado hacia la información, el Auxiliar Administrativo juega un rol esencial en asegurar que la información se maneje de manera segura, precisa y ética. Su labor contribuye al bienestar de los pacientes, al funcionamiento efectivo de los sistemas de salud y al cumplimiento de estándares éticos y legales en la gestión de datos en el ámbito sanitario.

6 Bibliografía

- Pubmed

-Scielo

Capítulo 646

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE SALUD

MARTA ORTEGA GOMEZ

MONICA NAVARRO AGUILERA

LARA ALVAREZ ALCAIDE

ÁLVARO CASTILLO ORTEGA

ELENA ORTEGA GOMEZ

1 Introducción

La labor de un auxiliar administrativo en los centros de salud desencadena una serie de funciones cruciales que respaldan el funcionamiento eficiente de estas instituciones médicas. Más allá de la atención médica directa, los auxiliares administrativos son piezas fundamentales en la coordinación y gestión de diversos aspectos administrativos y logísticos que contribuyen a brindar una atención médica de calidad. Su trabajo abarca desde la interacción con pacientes y el mantenimiento de registros precisos hasta la coordinación interdepartamental y el cumplimiento de normativas de confidencialidad y privacidad.

Esta labor de soporte administrativo no solo garantiza que los procesos sean más fluidos y organizados, sino que también permite al personal médico concentrarse

en su tarea principal: brindar atención médica efectiva y compasiva. En esta introducción, exploraremos las diversas funciones y responsabilidades que los auxiliares administrativos llevan a cabo en los centros de salud, así como su impacto en la experiencia de los pacientes y en la operación general de estas instituciones.

El número de auxiliares administrativos en los centros de salud puede variar según el tamaño de la institución, la cantidad de pacientes atendidos, los servicios ofrecidos y la estructura organizativa. Los centros de salud más grandes y complejos suelen requerir un mayor número de auxiliares administrativos para gestionar la carga de trabajo. Por otro lado, los centros más pequeños pueden requerir menos personal administrativo debido a su menor volumen de pacientes y servicios.

En términos generales, un centro de salud puede contar con uno o varios auxiliares administrativos, dependiendo de factores como:

- Volumen de Pacientes: Cuántos pacientes son atendidos diariamente en el centro de salud.
- Variedad de Servicios: Si el centro de salud ofrece una amplia gama de servicios médicos y especialidades
- Estructura Organizativa: Si el centro de salud tiene múltiples departamentos podría ser necesario contar con más auxiliares administrativos para asegurar la coordinación.
- Horarios de Operación: Si el centro de salud opera en horarios extendidos o durante fines de semana, podría necesitar más auxiliares administrativos para cubrir estos períodos.
- Demanda de Servicios Específicos: Algunos servicios médicos, como urgencias o cirugías, pueden requerir una mayor cantidad de personal administrativo para manejar la documentación y coordinación necesarias.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del auxiliar administrativo en los centros de salud.
- Conocer la estructura del trabajo y sus tareas para el auxiliar administrativo en los centros 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

En los centros de salud, los auxiliares administrativos juegan un papel esencial en la organización y funcionamiento eficiente de la institución. Sus funciones abarcan una amplia gama de tareas administrativas y de soporte que contribuyen directamente a la calidad de los servicios de atención médica. A continuación, se presentan algunas de las funciones clave que desempeñan los auxiliares administrativos en los centros de salud:

1. Recepción y Atención al Cliente: Recibir a los pacientes, programar citas y proporcionar información sobre los servicios disponibles en el centro de salud. También, atender llamadas telefónicas, responder preguntas y canalizar las consultas hacia el personal adecuado.
2. Gestión de Citas: Programar y coordinar citas médicas para pacientes, asegurando una distribución equitativa del tiempo y minimizando las esperas.
3. Registro de Pacientes: Capturar y mantener actualizados los datos demográficos y de contacto de los pacientes en los sistemas de registro.
4. Historias Clínicas y Documentación: Colaborar en la gestión de historias clínicas, asegurando que estén completas, organizadas y disponibles para el personal médico cuando sea necesario.
5. Facturación y Cobros: Generar facturas precisas por los servicios médicos brindados a los pacientes y gestionar los procesos de cobro y pagos.
6. Coordinación Interdepartamental: Facilitar la comunicación entre diferentes departamentos y profesionales de la salud para garantizar la continuidad de la atención médica.
7. Control de Inventario y Suministros: Gestionar el inventario de suministros

médicos y administrativos, asegurando que estén disponibles cuando se necesiten y realizando pedidos según sea necesario.

8. Tramitación de Documentos: Preparar y tramitar documentos administrativos, como formularios de autorización, solicitudes de seguros y otros documentos requeridos.

9. Manejo de Datos y Sistemas: Utilizar sistemas informáticos y software específicos para registrar y procesar la información de pacientes y servicios.

10. Confidencialidad y Cumplimiento Normativo: Garantizar la confidencialidad y seguridad de la información médica, cumpliendo con las regulaciones de privacidad de datos y normativas médicas.

11. Apoyo a Reclamaciones y Seguros: Colaborar en la preparación de documentación necesaria para trámites de seguros médicos y procesos de reclamaciones.

12. Atención a Quejas y Sugerencias: Escuchar y canalizar quejas, sugerencias y comentarios de los pacientes para mejorar la calidad de los servicios.

13. Mantenimiento de la Sala de Espera y Espacios Comunes: Mantener la sala de espera y otros espacios comunes limpios, ordenados y acogedores para los pacientes

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las funciones del auxiliar administrativo en los centros de salud son esenciales para mantener la organización y eficiencia de la institución médica. Su trabajo abarca desde la interacción directa con pacientes hasta la gestión de registros, coordinación interdepartamental y cumplimiento de normativas. El impacto de sus funciones se extiende más allá de las tareas administrativas, contribuyendo directamente a la experiencia de los pacientes y a la calidad de la atención médica brindada.

Al desempeñar roles como programar citas, gestionar historias clínicas, coordinar servicios y mantener la confidencialidad de la información, los auxiliares administrativos permiten que el personal médico se enfoque en la atención médica de los pacientes. Además, su habilidad para comunicarse efectivamente con los pacientes y para administrar tareas administrativas cruciales garantiza un flujo

ordenado de pacientes y servicios, mejorando la satisfacción general de los pacientes y contribuyendo al éxito general del centro de salud.

La colaboración del auxiliar administrativo con otros departamentos, la atención a las normativas legales y de privacidad, así como su dedicación a mantener registros precisos y sistemas de información actualizados, son componentes esenciales para un funcionamiento exitoso y la prestación de servicios médicos de alta calidad en los centros de salud. En última instancia, su papel como pieza clave en el engranaje de la atención médica subraya la importancia de su contribución para el bienestar de los pacientes y la operación eficiente de la institución en su conjunto.

También es necesario destacar la diversidad de estas funciones que desempeñan los auxiliares administrativos ya que pueden estar de cara al cliente en numerosas ocasiones, siendo aquellas personas que primero vemos al entrar a un centro de salud y también desarrollan funciones internas que los usuarios o pacientes no tienen conocimiento alguno, pero tienen una gran relevancia para el resto del engranaje del sistema sanitario.

6 Bibliografía

- Pubmed
- Scielo

Capítulo 647

AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ENTORNO SANITARIO: INSCRIPCION DEL RECIEN NACIDO EN EL REGISTRO CIVIL

MARTA ORTEGA GOMEZ

LARA ALVAREZ ALCAIDE

MONICA NAVARRO AGUILERA

ÁLVARO CASTILLO ORTEGA

ELENA ORTEGA GOMEZ

1 Introducción

En el entorno sanitario, la labor del auxiliar administrativo es fundamental en procesos que van más allá de la atención médica directa. Una de las responsabilidades cruciales es la inscripción del recién nacido en el registro civil. Este procedimiento no solo es un requisito legal, sino que también establece la identidad y los derechos civiles del nuevo miembro de la sociedad. La inscripción precisa y oportuna en el registro civil es esencial para garantizar que cada individuo tenga acceso a servicios básicos y a la protección de sus derechos desde el inicio de su vida.

La inscripción del recién nacido en el registro civil es un procedimiento esencial para establecer su identidad legal y otorgarle derechos civiles desde el momento de su nacimiento. Los auxiliares administrativos en el entorno sanitario juegan un papel importante en este proceso, asegurando que se cumplan los pasos requeridos de manera precisa y eficiente. A continuación, se describen los pasos típicos a seguir para inscribir a un recién nacido en el registro civil:

1. **Recopilación de Datos:** El auxiliar administrativo recolecta información básica sobre el recién nacido, como nombre completo, fecha y lugar de nacimiento, género y datos de los padres.
2. **Preparación de Documentación:** ayuda a completar los formularios requeridos por el registro civil. Esto puede incluir formularios específicos de la jurisdicción local.
3. **Documentos Necesarios:** El auxiliar administrativo verifica qué documentos son necesarios para completar la inscripción. Esto puede incluir la presentación de documentos de identificación de los padres y otros documentos legales.

Esta introducción explorará cómo los auxiliares administrativos desempeñan un papel clave en este proceso, asegurando que se cumplan las regulaciones legales y que se capturen los datos correctos en el registro civil. Además de su contribución administrativa, su enfoque en el trato sensible y la comunicación efectiva con los padres y el personal médico contribuyen a establecer una experiencia positiva en un momento crucial de la vida de una familia.

Es importante tener en cuenta que los procedimientos pueden variar según la jurisdicción y las regulaciones locales. Los auxiliares administrativos deben estar familiarizados con las regulaciones específicas de su área y trabajar en estrecha colaboración con los padres y el personal médico para asegurarse de que la inscripción se realice de manera adecuada y oportuna.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del auxiliar administrativo en la inscripción del recién nacido.
- Conocer la estructura de la organización por parte del auxiliar administrativo.

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 inscripción del recién nacido en el registro civil es un proceso crucial que establece la identidad legal y los derechos civiles del nuevo miembro de la sociedad. Los auxiliares administrativos desempeñan funciones clave en este proceso para garantizar que se cumplan los requisitos legales y que se recopilen y registren de manera precisa los datos necesarios. A continuación, se detallan las funciones específicas que los auxiliares administrativos realizan durante la inscripción del recién nacido en el registro civil:

- **Recopilación de Información:** Los auxiliares administrativos recopilan información precisa sobre el recién nacido, incluyendo nombre completo, fecha y lugar de nacimiento, género y detalles de los padres.

Esta información es esencial para completar los formularios de inscripción.

- **Comunicación con los Padres:** Los auxiliares administrativos se comunican con los padres para explicar el proceso de inscripción, los documentos necesarios y los pasos a seguir. Brindan orientación y responden a preguntas que puedan tener los padres.

- **Preparación de Formularios:** Los auxiliares administrativos ayudan a los padres a completar los formularios requeridos por el registro civil. Aseguran que los formularios estén llenados de manera precisa y legible.

- **Verificación de Documentos:** Los auxiliares administrativos revisan los documentos de identificación de los padres y otros documentos legales para asegurarse de que estén en orden y sean válidos.

- **Registro en el Sistema:** Utilizando sistemas de registro específicos, los auxiliares administrativos ingresan la información recopilada en el sistema del registro civil. Es fundamental que la información se ingrese correctamente y sin errores.

- Verificación de Datos: Antes de finalizar el proceso, los auxiliares administrativos verifican minuciosamente los datos ingresados para asegurarse de que coincidan con la información proporcionada por los padres y que estén libres de errores.
- Asistencia en la Presentación: En algunos casos, los auxiliares administrativos pueden presentar la documentación en nombre de los padres ante la entidad del registro civil. Esto puede requerir coordinación y seguimiento adicional.
- Seguimiento y Comunicación: Los auxiliares administrativos mantienen a los padres informados sobre el progreso del proceso de inscripción, incluyendo cualquier documentación adicional requerida o cambios en el estado del registro.
- Colaboración con el Personal Médico: Los auxiliares administrativos trabajan en estrecha colaboración con el personal médico para asegurarse de que la inscripción se realice oportunamente y no interfiera con la atención médica necesaria.
- Orientación sobre Documentación Adicional: En casos especiales, como nacimientos múltiples o situaciones médicas excepcionales, los auxiliares administrativos pueden proporcionar orientación adicional sobre los documentos necesarios.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del auxiliar administrativo en el entorno sanitario durante la inscripción del recién nacido en el registro civil es esencial para garantizar un proceso fluido y preciso. Su contribución abarca desde la recopilación y verificación de datos hasta la comunicación con los padres y la coordinación con las entidades pertinentes. Esta labor administrativa no solo cumple con requisitos legales, sino que también establece la base legal y los derechos civiles del recién nacido desde el inicio de su vida.

La inscripción en el registro civil es un paso crítico en el proceso de nacimiento y es fundamental para establecer la identidad legal y otorgar a los individuos acceso a servicios y derechos básicos. El auxiliar administrativo actúa como un enlace esencial entre los padres, el personal médico y las entidades del registro civil, asegurando que la información sea precisa, que se cumplan los plazos y que los trámites se realicen sin problemas.

Cabe destacar, que la inscripción del recién nacido en España ha experimentado avances significativos en términos de eficiencia, accesibilidad y precisión.

Algunos de los avances más destacados incluyen: Digitalización de Procesos, automatización de Datos, coordinación con entidades externas, capacitación de personal (auxiliares administrativos y el personal médico) y atención personalizada. En general, la combinación de todos estos factores han llevado a una mejora en la eficiencia, la precisión y la experiencia de los padres. Este proceso se ha transformado positivamente, garantizando que los recién nacidos obtengan su identidad legal de manera rápida y confiable.

La sensibilidad y la comunicación efectiva son aspectos clave del trabajo del auxiliar administrativo en este contexto. Los padres a menudo están experimentando un momento emocionalmente significativo, y la capacidad del auxiliar administrativo para brindar orientación y apoyo durante el proceso de inscripción puede tener un impacto positivo en su experiencia.

En último lugar, el auxiliar administrativo juega un papel fundamental en la creación de un vínculo entre la atención médica y los aspectos legales del nacimiento. Su compromiso con la precisión, la eficiencia y el trato humano contribuye a establecer una base sólida para la identidad y los derechos civiles del recién nacido, lo que es esencial para su bienestar a lo largo de su vida.

6 Bibliografía

- Pubmed
- Scielo

Capítulo 648

CONTROL DE LA CONTAMINACIÓN ALIMENTARIA POR PARTE DE LOS PINCHES DE COCINA EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

MAMERTA RODRÍGUEZ RIOJA

ANTONIA FERNANDEZ BELLON

MARIA DOLORES TORIJA BARRAGAN

CARMEN JIMENEZ MARTINEZ

VICTOR SERRANO SIMON

1 Introducción

La contaminación alimentaria es una preocupación seria en entornos hospitalarios, donde la salud y el bienestar de los pacientes son prioritarios. Los pinches de cocina desempeñan un papel fundamental en la prevención de la contaminación cruzada y en la garantía de alimentos seguros y nutritivos para los pacientes. Las infecciones nosocomiales representan una amenaza significativa para la salud de los pacientes en hospitales, y la contaminación de los alimentos puede ser un vehículo importante para su transmisión.

Este trabajo se centra en la importancia de las buenas prácticas de manipulación de alimentos y la formación del personal de cocina para controlar la contam-

inación alimentaria en hospitales. Se van a analizar las estrategias y las buenas prácticas implementadas en los hospitales para prevenir la contaminación cruzada, asegurar la seguridad alimentaria y proteger la salud de los pacientes. Se van a examinar los aspectos clave de la manipulación de alimentos, la higiene, la capacitación del personal y la implementación de los protocolos en la prevención de la contaminación alimentaria. Los resultados van a resaltar la importancia de un enfoque integral para el control de la contaminación alimentaria, con especial énfasis en la formación y supervisión del personal de la cocina, en este caso a los pinches de cocina.

2 Objetivos

El objetivo es conocer la importancia de la elección de un método u otro para prevenir la contaminación de los alimentos que se le aportan a los pacientes de los hospitales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 este estudio son los siguientes. Se van a tener en cuenta para evitar la posibilidad de contaminación de los alimentos.

1. Manipulación Higiénica de Alimentos: Los pinches de cocina deben seguir prácticas rigurosas de higiene, como el lavado frecuente de manos y la utilización de guantes limpios al manipular alimentos. La correcta limpieza y desinfección de utensilios y superficies también es esencial para prevenir la contaminación cruzada.

2. Separación de Alimentos Crudos y Cocidos: La prevención de la contaminación cruzada se logra mediante la separación estricta de alimentos crudos y cocidos. Los pinches de cocina deben utilizar utensilios y superficies diferentes para cada tipo de alimento, evitando así la transferencia de patógenos.

3. **Formación y Capacitación del Personal:** La capacitación adecuada del personal de cocina es crucial para promover buenas prácticas de manipulación de alimentos. Los pinches de cocina deben recibir formación sobre seguridad alimentaria, manipulación higiénica de alimentos y uso correcto de utensilios para garantizar una preparación segura.
4. **Implementación de Protocolos y Normativas:** Hospitales deben contar con protocolos y normativas claras para la preparación de alimentos, incluido el uso de pinches de cocina. Estos protocolos deben abordar la higiene, la limpieza, la separación de alimentos y la supervisión de la calidad.
5. **Supervisión y Auditoría:** La supervisión regular y las auditorías de las prácticas de cocina son esenciales para garantizar la conformidad con los estándares de seguridad alimentaria. Los pinches de cocina juegan un papel activo al cumplir con los protocolos y comunicar cualquier problema de seguridad.
6. **Higiene personal:** es otra medida para prevenir la contaminación de los alimentos, es importante mantener una higiene personal rigurosa, incluyendo el lavado frecuente de manos con agua y jabón.

5 Discusión-Conclusión

El control de la contaminación alimentaria en el entorno hospitalario es esencial para proteger la salud de los pacientes. Los pinches de cocina desempeñan un papel crítico en la prevención de la contaminación cruzada y en la garantía de alimentos seguros. La manipulación higiénica, la separación adecuada de alimentos, la formación del personal y la implementación de protocolos son factores clave en la prevención de la contaminación alimentaria. Un enfoque integral que involucre a todos los niveles del personal de cocina y la supervisión regular es fundamental para mantener altos estándares de seguridad alimentaria en el entorno hospitalario por parte de los pinches de cocina.

6 Bibliografía

1. <https://papelmatic.com/10-causas-de-la-contaminacion-cruzada-en-hospitales/>.
2. <https://revistamedica.com/contaminacion-cruzada-cocina-hospitalaria/>.
3. https://www.diariodesevilla.es/salud/higiene-cocina-hospitalaria-disminuye-enfermedades_0_311668858.html.

Capítulo 649

FUNCIONES DEL CELADOR EN PLANTA HOSPITALARIA

MIGUEL SORIA TORRALBA

ANDRÉS JESÚS PIQUERAS GONZÁLEZ

MARIA FRANCISCA AVENDAÑO FILOSO

VIRGINIA CUERDA CANO

CELIA GONZÁLEZ CIFUENTES

1 Introducción

La función que desempeña un celador, desde que el enfermo entra en el centro hospitalario, es acompañarlo y trasladarlo a planta, si fuese necesario.

En planta los servicios del celador se necesitan para diversas situaciones, para mover pacientes o mobiliario, para el traslado y movilización. Forma parte del personal encargado del cuidado y bienestar. Los pacientes ingresados llegan de distintas formas a las plantas de hospitalización desde urgencias. Pueden llegar desde consultas externa.

Su presencia y labor son cruciales para garantizar el orden y un ambiente seguro, asistiendo en logística y organización de planta.

Aportaran un componente humano crucial, brindando apoyo emocional durante momentos de ansiedad o preocupación. Es un rostro amable en momentos abrumadores para pacientes y familiares

Exploraremos en profundidad un rol multifacético del celador en planta hospitalaria, resaltando como labor principal la eficiencia y bienestar de los pacientes en el entorno.

Colaboran con personal médico y enfermería en movilización de pacientes, manteniendo la limpieza de las aéreas asignadas, contribuyendo a un entorno hospitalario acogedor y funcional

El equipo seguirá las pautas de los médicos y darán cuidados y atención continuada las 24h del día a los pacientes, hasta que se recuperen o sean dados de alta. Las plantas de hospitalización son dirigidas por un supervisor, personal de Enfermería, Técnico en Cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y celador.

2 Objetivos

Conocer las funciones del celador en la planta hospitalaria.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de artículos en diversas páginas de internet y funcionamiento de la propia experiencia, utilizando palabras clave como planta hospitalaria, celador, suministro y registro de las funciones del celador en planta y también la propia experiencia. Se ha completado un control minucioso de artículos y registros de las funciones generales de la planta hospitalaria.

4 Resultados

Los celadores en planta hospitalaria son esenciales para el buen funcionamiento y atención. Tiene un impacto directo en aspectos clave dentro del entorno hospitalario. Desempeñan un papel fundamental en la movilización y traslados de pacientes. La capacidad para de realizar estas tareas de manera segura y cómoda garantiza que los pacientes sean trasladados de un lugar a otro de manera eficiente, reduciendo el riesgo de lesiones o de malestar.

Los celadores trabajan en estrecha coordinación con estos profesionales para facilitar traslados a exámenes, cirugías o procedimientos. Su colaboración asegura que los pacientes reciban la atención necesaria en el momento adecuado. La colaboración con el personal médico y de enfermería es otro resultado importante. La limpieza y organización de las áreas también forman parte del resultado de un celador. Mantener las áreas limpias y ordenadas, contribuyen a un ambiente

hospitalario seguro y cómodo para pacientes, familias y personal médico. Esto puede influir en la prevención y en la eficiencia operativa.

El componente humano es una labor fundamental del celador. Interactuar empáticamente con los pacientes y sus familias durante momentos de preocupación o ansiedad, crea un ambiente de apoyo emocional. Puede tener un impacto positivo en la experiencia del paciente y en su percepción general de la atención hospitalaria.

Como resumen, los resultados del celador en planta hospitalaria abarcan desde la movilización segura de pacientes hasta la colaboración con el personal médico, creando un ambiente limpio y cómodo y prestando apoyo emocional. Estos resultados se traducen en un entorno hospitalario más eficiente, seguro y centrado en el paciente, contribuyendo al bienestar general y a la calidad de la atención médica.

Son misiones del celador todas aquellas funciones similares a las anteriores que les sean encomendadas por sus superiores y que no hayan quedado específicamente reseñadas.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores son los trabajadores de un hospital que mayor contacto directo tienen con los familiares y pacientes. De ellos se pueden determinar la impresión en el que te puedes llevar del centro sanitario.

El celador desempeña un papel crucial en planta hospitalaria, su labor no solo es mejorar la experiencia del paciente, es colaborar con el personal médico y mantener una organización fluida en el hospital.

La empatía con los pacientes es un componente esencial. Tiene que tener habilidad para traslados seguros.

Debe mejorar la experiencia del paciente, garantizando un ambiente cómodo y seguro.

Con todo esto el celador es un componente esencial en el hospital y para el bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

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

Capítulo 650

FUNCIONES DEL CELADOR EN QUIRÓFANO

MIGUEL SORIA TORRALBA

ANDRÉS JESÚS PIQUERAS GONZÁLEZ

MARIA FRANCISCA AVENDAÑO FILOSO

VIRGINIA CUERDA CANO

CELIA GONZÁLEZ CIFUENTES

1 Introducción

La tarea que desempeña el celador se enfoca en preparar a los pacientes que requieran atención sanitaria. Pertenecen al equipo no estéril, no entran en contacto con el campo quirúrgico. Ofrecen asistencia en aquello que necesiten.

Deben ser conocedores del instrumental presente en la sala de operaciones y de las medidas de seguridad.

El celador en el quirófono es esencial para garantizar el funcionamiento seguro y eficiente y seguro de este entorno altamente especializado en el ámbito hospitalario. El rol del celador en esta área va más allá de su función tradicional de asistencia en movilidad, abarca otros aspectos cruciales que contribuyen al éxito de los procedimientos quirúrgicos y al bienestar de los pacientes.

En un entorno donde la precisión y coordinación es fundamental, el celador desempeña un papel clave al asegurarse de que el quirófono esté adecuadamente preparado para cualquier cirugía. Implica la disposición de instrumentos

y equipos, verificar que todo esté en orden y el apoyo en la logística necesaria para que el equipo médico pueda centrarse en el paciente.

La asistencia durante la transferencia del paciente desde la sala de recuperación hasta el quirófano o viceversa es una responsabilidad importante del celador. Su habilidad para realizar esta tarea de manera segura y empática es esencial para minimizar el estrés del paciente y del equipo médico.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de la figura de un celador en el quirófano, mencionando sus funciones básicas, destacando aquellas adquiridas con la experiencia obtenida por el desempeño continuado en el puesto.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de artículos en diversas paginas de internet. Funcionamiento de la propia experiencia, utilizando palabras clave como: quirófano, celador, suministros y registros de las funciones del celador en quirófano. Y también de la propia experiencia, se ha completado el control minucioso, artículos y registro de las funciones generales del quirófano.

4 Resultados

El celador de quirófano es de vital importancia para el funcionamiento eficiente y seguro de la sala de operaciones. Su desempeño impacta en varios aspectos cruciales del entorno quirúrgico.

Un celador exitoso contribuye a mantener un entorno seguro y limpio. Siguiendo rigurosos protocolos de higiene y prevención de infecciones, garantiza que el quirófano esté en condiciones óptimas para recibir a los pacientes y al equipo médico. Esto no solo protege la salud de los pacientes, sino también la del personal médico y de enfermería.

Además, el celador tiene un papel fundamental con los pacientes. Asistiendo en el traslado de pacientes de forma segura y eficiente, facilitando la preparación y el inicio puntual de las cirugías. Contribuye a reducir los tiempos de espera y minimiza los retrasos ante cualquier complicación.

Es esencial para suministrar y recoger material médico. Se asegura de que los instrumentos y equipos estén disponibles en el momento adecuado, garantizando

que el equipo médico pueda concentrarse en el procedimiento sin interrupción. La rápida recolección de material utilizado después de la cirugía también contribuye a la eficiencia del proceso.

La colaboración es otro resultado clave. Trabajar en estrecha comunicación con personal médico, permitiendo un ambiente de trabajo en armonía.

El celador proporciona asistencia en tareas específicas, como transporte de muestras, entrega de suministros, con lo cual alivia al personal médico permitiendo la concentración en la atención del paciente.

En resumen el celador en quirófano abarca desde la seguridad y limpieza del entorno hasta la colaboración afectiva y el flujo eficiente de pacientes y suministros. Su dedicación contribuye directamente a la calidad de la atención médica y al bienestar de los pacientes en el ámbito del área quirúrgica.

Dicho esto la figura del celador es fundamental en un quirófano.

5 Discusión-Conclusión

Es la unidad quirúrgica que mayor importancia tiene. Sus normas de higiene y asepsia son las más extremas, y los tiempos son más sensibles en cuanto a la salud del paciente.

A parte de las funciones de manual existen otras fundamentales que se adquieren con la experiencia y se convierte en un celador altamente especializado.

En conclusión, el rol del celador en quirófano es esencial para el funcionamiento seguro y eficiente de este entorno médico. Su labor en la preparación y mantenimiento del quirófano, el apoyo en el traslado de pacientes, la entrega de material médico y la colaboración con el equipo médico, se traduce en resultados tangibles: entorno limpio y seguro, flujo de pacientes sin problemas, colaborando al respaldo logístico.

6 Bibliografía

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

Capítulo 651

FUNCIONES DEL CELADOR EN RELACIÓN CON EL PACIENTE FALLECIDO Y SALA DE AUTOPSIAS

MIGUEL SORIA TORRALBA

ANDRÉS JESÚS PIQUERAS GONZÁLEZ

MARIA FRANCISCA AVENDAÑO FILOSO

VIRGINIA CUERDA CANO

CELIA GONZÁLEZ CIFUENTES

1 Introducción

El trabajo del celador/as en la sala de autopsia es poco conocido, aunque fundamental a la hora de auxiliar al personal médico. Se realiza en una autopsia o necropsia al cadáver, para averiguar la causa de muerte. La función del celador es, tener en cuenta el material necesario para realizar la intervención, teniendo claras las funciones para prevenir, posibles accidentes laborales, siempre bajo la supervisión del patólogo, o en su defecto el Médico Interno Residente en Anatomía Patológica.

El celador se limita al amortajamiento, movilizándolo al cadáver, para facilitar a los enfermeros su cometido. Después de que el médico certifica el fallecimiento se realizan los cuidados “postmortem”.

El amortajamiento deberá realizarse, en la mayor intimidad posible, y en el menor plazo para evitar que aparezca el rigor cadavérico, y posteriormente el cadáver puede ser trasladado al mortuario. Los cuidados deben aplicarse guardando la mayor asepsia e higiene por parte de los cuidadores. Es conveniente el uso de guantes.

El celador desempeña un papel esencial en el entorno de la sala de autopsias. Su labor consiste en garantizar un ambiente adecuado para el personal médico, manteniendo la limpieza y organización del espacio.

Su labor contribuye directamente a la eficiencia y efectividad de las autopsias, asegurando el respeto y la dignidad hacia los difuntos.

2 Objetivos

Conocer las funciones del celador en la sala de autopsias.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de artículos en diversas páginas de internet y funcionamiento de la propia experiencia, utilizando palabras clave como: celador, salas de autopsias, suministros y registros de las funciones en la sala de autopsias. Se ha completado un control minucioso de artículos y registros de las funciones generales en la sala de autopsias.

4 Resultados

El celador tiene como función auxiliar al profesional en tareas, donde no se utilice ningún instrumental sobre el cadáver. El celador se encargará del pesaje de los órganos. Anotar e introducir en cubos herméticos de los restos humanos que requiera el médico para su traslado.

Otro paso más en el trabajo del celador es el relleno con papel del cadáver, antes del cierre del cuerpo.

El celador se encarga de asear al cadáver y realizar el amortajamiento.

Limpia la sala, la mesa y material utilizado.

Cualquier función auxiliar encomendado por el personal médico

El celador se encargará del traslado de muestras de recogida al servicio de anatomía y repartirá el resultado de biopsias y diferentes pruebas realizadas entre los diferentes centros sanitarios.

Además contribuye al cumplimiento de normativas de seguridad y bioseguridad, lo que resulta en un ambiente seguro y libre de riesgos.

La disposición para aprender y adaptarse a las necesidades cambiantes así como la habilidad para comunicarse de manera adecuada y empática con el personal y familias, son cruciales para el éxito del celador en la sala de autopsias. La participación en formación y entrenamiento continuo, la actitud profesional, son elementos esenciales para lograr resultados positivos en esta función.

En última instancia el celador desempeña un papel fundamental en garantizar que los procesos de autopsia se realicen con eficiencia, respeto y precisión, contribuyendo así al funcionamiento adecuado de la instalación y al bienestar de todas las partes involucradas.

Además del cumplimiento riguroso de los protocolos y procedimientos es un resultado esencial. El celador se asegura de que todas las acciones se realicen de acuerdo con las regulaciones establecidas y las normas de seguridad. Esto garantiza la integridad del proceso de autopsia y previene posibles errores.

5 Discusión-Conclusión

La función del celador es cumplir órdenes del o los médicos y nunca utilizar instrumental sobre el cadáver. Tratando al cadáver con respeto, seriedad y consideración.

Es conocimiento de los protocolos vigentes por parte del celador es fundamental para asegurar el buen funcionamiento de los centros sanitarios y garantizar la seguridad de trabajadores y pacientes.

Tanto es así que los protocolos establecidos deben ser revisados y actualizados con frecuencia.

En conclusión, el rol del celador en la sala de autopsias es esencial para mantener un ambiente seguro, eficiente y respetuoso. La colaboración con el personal médico, el cumplimiento de protocolos y la preservación de la dignidad del fallecido son factores cruciales.

6 Bibliografía

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

Capítulo 652

EFICIENCIA EN LA PREPARACIÓN DE DIETAS ESPECIALES A PACIENTES HOSPITALIZADOS REALIZADOS POR EL PINCHE DE COCINA

MARIA DOLORES TORIJA BARRAGAN

CARMEN JIMENEZ MARTINEZ

VICTOR SERRANO SIMON

ANTONIA FERNANDEZ BELLON

MAMERTA RODRÍGUEZ RIOJA

1 Introducción

La nutrición es un componente fundamental en el proceso de recuperación de los pacientes hospitalizados. El personal de cocina (pinches de cocina), liderados por el chef de cocina, van a jugar un papel crucial en la preparación y suministro de los alimentos. Las dietas especiales, diseñadas para abordar necesidades específicas como alergias alimentarias, restricciones médicas y preferencias individuales, son una herramienta esencial para asegurar que los pacientes reciban los nutrientes adecuados. La eficiencia en la preparación de estas dietas juega un papel crucial en la satisfacción del paciente, la optimización de los recursos y la calidad de la atención médica.

Las dietas especiales desempeñan un papel crítico en la recuperación y el bienestar de los pacientes, y su correcta preparación es esencial para cumplir con los requerimientos médicos y nutricionales. El estudio evalúa los desafíos y las prácticas actuales en la preparación de estas dietas, identificando áreas de mejora y proponiendo posibles soluciones para optimizar el proceso.

Se van a analizar las dietas basadas en la evidencia para diseñar y administrar dietas adaptadas a diferentes condiciones médicas, considerando aspectos nutricionales, preferencias alimentarias y restricciones dietéticas. Se van a discutir los desafíos y las oportunidades en la implementación exitosa de este enfoque colaborativo.

2 Objetivos

El objetivo es analizar la eficiencia en la preparación de dietas especiales por parte del personal de cocina en entornos 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

Los resultados revelaron que la preparación de dietas especiales en hospitales presenta varios desafíos. La falta de comunicación efectiva entre el personal de cocina y el equipo médico fue identificada como una barrera importante para comprender las necesidades dietéticas de los pacientes. Esto a menudo resulta en errores en la selección de ingredientes y en la adecuación de las porciones. Además, la variabilidad en los suministros de cocina y la falta de capacitación específica en dietas especiales contribuyen a la ineficiencia en el proceso.

La eficiencia en la preparación de dietas especiales puede mejorarse a través de varias estrategias. La implementación de sistemas de gestión de alimentos que integren la información médica de los pacientes con las necesidades dietéticas puede mejorar la comunicación y reducir los errores. La capacitación con-

tinua del personal de cocina en cuanto a dietas especiales y alergias alimentarias es crucial para garantizar la seguridad y la precisión en la preparación. La estandarización de recetas y procedimientos también puede simplificar el proceso y reducir el tiempo necesario.

Para que se cumpla con las dietas especiales y sea eficiente su elaboración son necesarias varias pautas:

1. Colaboración entre profesionales de la salud y el personal de cocina para garantizar que las dietas se adapten de forma adecuada a las necesidades médicas de cada paciente.
2. Diseño de dietas especiales teniendo en cuenta factores como las necesidades calóricas, los requerimientos nutricionales, las alergias alimentarias, las intolerancias, las preferencias personales y las restricciones dietéticas de cada paciente.
3. Adaptación a condiciones médicas específicas: como puede ser la diabetes, enfermedades cardíacas, enfermedad renal y alergias alimentarias entre otras.
4. Consideraciones culturales y preferencias alimentarias de los pacientes a la hora de diseñar las dietas. Esto aumenta la aceptación de los alimentos y promover una ingesta adecuada.

5 Discusión-Conclusión

La elaboración de dietas especiales para pacientes hospitalizados a cargo del personal de cocina es un enfoque científico que va a requerir colaboración, conocimientos nutricionales y la adaptación del trabajo a las necesidades individuales de cada paciente.

La eficiencia en la preparación de dietas especiales por el personal de cocina en hospitales es esencial para garantizar la salud y el bienestar de los pacientes. La optimización de este proceso requiere una comunicación efectiva entre el personal de cocina y el equipo médico, así como la implementación de prácticas de gestión de alimentos y capacitación adecuada. Abordar estos desafíos puede mejorar la calidad de la atención médica y la experiencia del paciente en el entorno hospitalario.

6 Bibliografía

1. <https://mastershosteleria.com/dietas-hospitalarias-principales-tipos/#::text=El%20principal%20objetivo%20de%20las,que%20agraden%20a%20los%20pacientes.>
2. https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v33n1/15_original14.pdf.

3. <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/dietas-hospitalarias-definicion-y-tipos-fundamentales>.
4. <https://www.euroinnova.edu.es/nutricion/articulos/tipos-de-dietas-hospitalarias>.

Capítulo 653

POSIBLES ENFERMEDADES OCUPACIONALES EN EL PERSONAL DE COCINA HOSPITALARIO

VICTOR SERRANO SIMON

CARMEN JIMENEZ MARTINEZ

MAMERTA RODRÍGUEZ RIOJA

MARIA DOLORES TORIJA BARRAGAN

ANTONIA FERNANDEZ BELLON

1 Introducción

El personal de cocina hospitalario se va a enfrentar riesgos ocupacionales únicos debido a la naturaleza de su trabajo. La exposición a patógenos, sustancias químicas y el estrés físico pueden contribuir al desarrollo de enfermedades específicas en este grupo de trabajadores. Los pinches de cocina y los demás profesionales de la cocina pueden sufrir enfermedades transmitidas por los alimentos, transmitidas por los productos químicos que se tienen que utilizar en la cocina, trastornos respiratorios debido a esos productos químicos además de problemas musculoesqueléticos. Los problemas musculoesqueléticos se deben a la naturaleza físicamente exigente del trabajo en la cocina que va a implicar levantar, cortar y estar de pie durante largos períodos de tiempo y va a provocar lesiones en la espalda,

hombros y muñecas. Estos problemas se pueden agravar debido a la repetición constante de movimientos y a una postura inadecuada.

El personal de cocina hospitalario desempeña un papel esencial en la preparación y en el suministro de alimentos para pacientes y personal médico. Se van a investigar las posibles enfermedades que el personal de cocina hospitalario podría contraer debido a factores externos. Se van a presentar enfoques preventivos y medidas de mitigación para salvaguardar la salud y el bienestar de los profesionales.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es conocer las posibles enfermedades que puede contraer el pinche de cocina en el hospital y las formas de prevenir las 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 pinches de cocina se van a enfrentar a diferentes tipos de exposiciones debido a su trabajo y al entorno hospitalario. Los riesgos se van a clasificar en:

1. Riesgos patógenos: vana a estar expuestos a patógenos transmitidos por alimentos debido al manejo de ingredientes crudos y cocidos. Bacterias como Salmonella, E. coli y Campylobacter entre otras, así como virus como el norovirus, que pueden causar enfermedades gastrointestinales graves. La higiene personal rigurosa, la adecuada manipulación de alimentos y la limpieza y desinfección constante son medidas cruciales para prevenir la transmisión de patógenos.
2. Exposición a sustancias químicas: la manipulación de productos químicos de limpieza, desinfectantes y productos alimenticios puede exponer al personal de cocina a sustancias tóxicas. Esto puede dar lugar a problemas respiratorios, irritación de la piel y problemas oculares. El uso adecuado de equipos de protección personal y la capacitación sobre el manejo seguro de las sustancias químicas

son fundamentales para minimizar estos riesgos.

3. Estrés ergonómico: el trabajo en la cocina hospitalaria a menudo va a implicar largos períodos de pie, levantamiento de objetos pesados y movimientos repetitivos. Esto puede causar lesiones musculoesqueléticas, como dolor de espalda, tendinitis y síndrome del túnel carpiano. La implementación de prácticas ergonómicas, como la adopción de posturas adecuadas y la rotación de tareas, puede reducir el estrés físico en el personal.

Es importante implementar unas medidas preventivas y de mitigación de enfermedades en el personal de cocina incluyendo la capacitación en seguridad alimentaria y el manejo de sustancias químicas. Además, es importante la promoción de la salud de los trabajadores y de su bienestar. La administración hospitalaria va a ser la encargada en la promoción de la salud y el bienestar del personal de cocina, proporcionando oportunidades de capacitación continua, brindar acceso a servicios médicos regulares y promover un entorno laboral que priorice la seguridad y el bienestar.

5 Discusión-Conclusión

El personal de cocina hospitalario (los pinches de cocina hospitalaria) se enfrentan a riesgos específicos que pueden llevar al desarrollo de enfermedades ocupacionales debido a la naturaleza de su trabajo en entornos hospitalarios. Al conocer e identificar las posibles enfermedades se pueden implementar estrategias preventivas efectivas para proteger la salud y el bienestar de los trabajadores. La identificación temprana de riesgos, la implementación de medidas preventivas y la promoción de prácticas seguras pueden contribuir de forma significativa a la salud y el bienestar de estos profesionales, garantizando así la calidad y la seguridad de los alimentos en el entorno hospitalario.

6 Bibliografía

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

Capítulo 654

ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PINCHE DE COCINA EN LA CINTA DE EMPLATADO DE UNA COCINA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

ROSA MARIA BRAVO LOPEZ

MARÍA DOLORES GARCÍA CONSUEGRA GARCÍA CAPELLANA

VERONICA DONOSO CONDE

FRANCISCO JAVIER PARRAS SANCHEZ

MARÍA DEL CARMEN BURGOS BASTANTE

1 Introducción

En el contexto hospitalario, la alimentación de los pacientes es una de las partes primordiales en el transcurso de su recuperación, por tal motivo, el que la cocina hospitalaria tenga un funcionamiento correcto, se convierte en un tema fundamental en el que la calidad e higiene juegan un papel esencial para asegurar la seguridad nutricional.

La cinta de emplatado es el lugar en el que se reciben las comidas una vez que han sido preparadas por el cocinero, para repartirlas en las diferentes bandejas en base a la dieta que requiere cada paciente. El pinche de cocina en la cinta de emplatado de una cocina dentro del

ámbito hospitalario es un miembro clave, con distintas tareas enfocadas en el desarrollo de la preparación y de la presentación de los productos comestibles, en la calidad, la seguridad y la prevención de posibles riesgos en los pacientes a consecuencia de la alimentación.

En el presente capítulo, se analizarán las diversas funciones que lleva a cabo el pinche de cocina en la cinta de emplatado en el entorno hospitalario, para así poder entender de manera fehaciente la importancia que tiene el pinche de cocina, como miembro del equipo de cocina, gracias a la rigurosidad de su trabajo.

2 Objetivos

Identificar y detallar aquellas funciones que realiza el pinche de cocina en la cinta de emplatado en la cocina hospitalaria, así como resaltar la figura del pinche de cocina dada la importancia de su labor respecto a la calidad, higiene y seguridad en la alimentación de los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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

Después de analizar la información obtenida tanto de la búsqueda en Internet como de la entrevista y la observación realizada, se puede objetivar que las tareas que el pinche de cocina lleva a cabo en la cinta de emplatado en el entorno hospitalario resultan esenciales para garantizar que las dietas proporcionadas a los pacientes cumplen con la calidad y seguridad tanto como para la recuperación de mencionados pacientes como para el cumplimiento de las normas y protocolos relativos a la seguridad e higiene que estén establecidos en el centro hospitalario. Entre las principales funciones que el pinche de cocina tiene en la cinta de emplatado destaca que es el responsable de recibir los alimentos provenientes de cocina una vez estén cocinados, por lo que debe asegurarse de que sean los correctos dependiendo de las diferentes dietas que tenga cada paciente, así mismo,

comprobará que las raciones son las adecuadas y que las dietas cumplen con la calidad, higiene y seguridad pertinente; a continuación, preparará y emplatará los platos que se van a servir a los pacientes basándose en la dieta que tengan establecida, como por ejemplo, según el caso, podría ser hipercalórica u hipocalórica, por lo que el pinche de cocina deberá poseer conocimientos sobre los diferentes tipos de dietas, además de contar con habilidades en el emplatado, para de esta forma realizar una correcta repartición de los alimentos y un aspecto apropiado.

Una vez que el emplatado está preparado, el pinche de cocina repartirá las bandejas a los diferentes pacientes, el cual deberá cerciorarse de que la comida llegue en unas condiciones correctas, manteniendo la temperatura de los alimentos calientes; una vez que los pacientes han terminado, el pinche de cocina retirará las bandejas que previamente ha repartido.

Cabe destacar la importancia de la existencia de una coordinación con diferentes profesionales, como médicos, enfermería, nutricionistas, endocrinos, etc., con la finalidad de que las dietas estén adecuadas a cada enfermo, dado que repercutirá de manera directa en su recuperación; de lo contrario, podría darse el caso de que el paciente vea afectada su salud por una nutrición inadecuada.

5 Discusión-Conclusión

Una vez analizada la lectura, así como las respuestas de la entrevista y la observación de las funciones que realiza el pinche de cocina en la cinta de emplatado de una cocina hospitalaria, a través de los resultados obtenidos se ha podido demostrar que es una figura sumamente valiosa, el cual para realizar sus tareas debe estar debidamente formado para asegurar que los alimentos cuenten con la seguridad y calidad apropiada, siguiendo las normativas de seguridad e higiene, consiguiendo así evitar que se produzcan posibles contaminaciones cruzadas entre los alimentos, previniendo de esta forma las probabilidades de que el paciente contraiga una infección y/o enfermedad a causa de la alimentación que agrave su estado de salud, por lo que se debe resaltar la gran importancia que tiene supervisar los platos que van a servirse a los pacientes en base a los estándares de higiene y seguridad.

6 Bibliografía

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>

Márquez, A.G., García, T., Nieto, T.M. y Márquez, L. Seguridad del paciente desde la cocina hospitalaria. SANUM: revista científico-sanitaria, (1), 54-60. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8780497>

Reglamento (CE) nº 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>

Rocaspana, J. (2018). Cocina Hospitalaria. Hospitecnia. <https://hospitecnia.com/documentacion/articulos/cocina-hospitalaria>

Capítulo 655

FUNCIONES QUE DESARROLLA EL PINCHE DE COCINA EN EL TRANSPORTE Y RECOGIDA DE BANDEJAS TÉRMICAS EN EL CENTRO HOSPITALARIO

ROSA MARIA BRAVO LOPEZ

MARÍA DOLORES GARCÍA CONSUEGRA GARCÍA CAPELLANA

VERONICA DONOSO CONDE

FRANCISCO JAVIER PARRAS SANCHEZ

MARÍA DEL CARMEN BURGOS BASTANTE

1 Introducción

En el ámbito hospitalario, lo principal y de vital importancia es la atención y el cuidado que se le presta al paciente, destacando que, además de la atención médica para su recuperación, la nutrición proporcionada a la persona enferma es fundamental para su mejoría, por lo tanto, es importante, resulta transcendental garantizar que la comida preparada en la cocina de un hospital cuente con la calidad y seguridad pertinente.

El transporte y recogida de las bandejas térmicas consiste, entre otras tareas, en llevar desde la cocina hasta las habitaciones o los diferentes habitáculos donde se encuentren los pacientes que precisan dieta, la comida que cada enfermo tenga pautada, así como recoger dichas bandejas para volver a llevarlas a la cocina, todo ello realizado de una manera eficiente y con rapidez para que las dietas lleguen en perfectas condiciones.

En relación con el pinche de cocina, desarrolla un papel significativo en las diferentes tareas que realiza en el transporte y recogida de bandejas térmicas, si bien estas funciones no son conocidas por gran parte de la población, incluyendo también al personal que trabaja en un centro hospitalario como para los propios pacientes que desconocen el trabajo que hay detrás de la comida que reciben, por tal motivo, en este capítulo se hará especial énfasis en la importancia de la labor que tiene el pinche de cocina y su contribución junto con el resto del personal en el contexto hospitalario a lograr el bienestar del paciente.

2 Objetivos

- Exponer las diferentes funciones que ejerce el pinche de cocina en el transporte y recogida de bandejas térmicas, otorgándole la importancia que ostenta como un miembro fundamental en el equipo de cocina.
- Detallar la formación y habilidades que dicho profesional debe tener, además de cómo deberá realizar el proceso para que de esta manera quede garantizada la seguridad, higiene y calidad de los alimentos en el entorno 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

Después de extraer la información más destacada de la diferente literatura consultada, los resultados que nos ofrece indican que el pinche de cocina cuenta con

diferentes actividades fundamentales en el transporte y recogida de bandejas térmicas en la cocina de un centro hospitalario, las cuales se dividen en diferentes fases en el desarrollo logístico y que resultan primordiales para garantizar que el transporte de las dietas de los pacientes hospitalizados se realiza de la manera más eficaz posible.

Una de las funciones que realiza el pinche de cocina en el área de transporte y recogida de bandejas térmicas es comprobar que la comida que contienen corresponde a los alimentos que hayan sido dispuestos según la dieta correspondiente, posteriormente efectúan el embalaje correcto de dichas bandejas, lo que incluye garantizar que cada una de las bandejas se encuentre sellada de forma adecuada, además de protegida, lo que impedirá que se produzca algún tipo de contaminación durante el transporte o que la alimentación se vierta fuera de la bandeja. Las bandejas térmicas serán etiquetadas por el pinche de cocina, lo cual incluye que en cada bandeja se incluya nombre de paciente, la habitación en la que se encuentra hospitalizado, así como si existe alguna o algunas limitaciones o prohibiciones, ya sea por parte de la dieta según la patología o alguna intolerancia o alergia que tenga el paciente. La función del etiquetado es de vital importancia para no producirse equivocaciones en el reparto de estas y que cada bandeja sea entregada al paciente correcto, dado que en caso contrario se podrían producir graves consecuencias.

El transporte de las bandejas térmicas hasta las habitaciones o donde se encuentren los pacientes en ese momento es un proceso que se lleva a cabo con rapidez para que la comida llegue caliente y en buenas condiciones, por lo tanto, el pinche de cocina debe contar con diversas cualidades como una buena organización además de la aptitud de trabajar bajo presión. El pinche de cocina también cuenta con la labor de recoger las bandejas térmicas una vez que los pacientes han terminado, transportándolas a la cocina para proceder a su limpieza y desinfección, dejándolas prepararlas para la siguiente comida que tengan que transportar a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha podido apreciar, las distintas actividades que realiza el pinche de cocina en el proceso de transporte y recogida de bandejas térmicas en el ámbito hospitalario son básicas, lo que convierte a la figura del pinche de cocina en un miembro primordial del equipo de cocina, el cual colabora de una manera muy notable en garantizar que el reparto de las comidas a los pacientes se realice adecuadamente y en perfectas condiciones, lo que resulta fundamental en el con-

texto hospitalario, dado que la nutrición de los pacientes y la seguridad de los alimentos es esencial para su salud.

Hay que enfatizar que para que las funciones del pinche de cocina en el transporte y recogida de bandejas térmicas en un centro hospitalario sean realizadas de forma efectiva y eficiente, el pinche de cocina debe contar con la preparación y formación adecuada, incluyendo las habilidades en la atención al paciente, en nutrición, en la manipulación y transporte de alimentos y en los protocolos de sanidad e higiene.

6 Bibliografía

Guelbenzu, F., y Dueñas, P. (1990). Organización de cocina y alimentación en centros sanitarios.

Instituto Nacional de la Salud Secretaría General, editor. Madrid.
https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Organizacion_CocinaAlimen.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>

Real Decreto 3484/2000, de 29 de diciembre, por el que se establen las normas de higiene para la elaboración, distribución y comercio de comidas preparadas. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2001/BOE-A-2001-809-consolidado.pdf>

Reglamento (CE) nº 852/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, relativo a la higiene de los productos alimenticios. <https://www.boe.es/doue/2004/139/L00001-00054.pdf>

Capítulo 656

FUNCIONES QUE EFECTÚA EL PINCHE DE COCINA EN LA CÁMARA DE REFRIGERACIÓN DE UNA COCINA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

ROSA MARIA BRAVO LOPEZ

MARÍA DOLORES GARCÍA CONSUEGRA GARCÍA CAPELLANA

VERONICA DONOSO CONDE

FRANCISCO JAVIER PARRAS SANCHEZ

MARÍA DEL CARMEN BURGOS BASTANTE

1 Introducción

En una cocina hospitalaria, resulta fundamental cumplir con los estándares de higiene y seguridad, además de las normas sanitarias en relación con la manipulación, producción, almacenamiento, conservación y transporte de los alimentos, ya que su cumplimiento es un procedimiento básico para asegurar la calidad y seguridad de la alimentación de los pacientes, influyendo en su salud así como en sus necesidades nutricionales, evitando de esta forma que pueda producirse alguna complicación derivada de los alimentos ingeridos por los pacientes. La cámara de refrigeración en el ámbito hospitalario es el lugar en el que los alimentos se almacenan, prestando especial atención a la temperatura y humedad

que los diferentes alimentos almacenados necesitan para una conservación segura, evitando que se produzca una propagación de bacterias y microorganismos, asegurando de esta manera que el estado de mencionados alimentos cumpla con la calidad y la frescura establecidas en los diferentes protocolos y normativas relativos a la alimentación.

Cabe destacar que las diversas actividades que realiza el pinche de cocina son esenciales para poder brindar una alimentación adecuada, segura y de alta calidad a cualquier comensal, pero su rol en el contexto hospitalario aumenta aún más su responsabilidad, convirtiéndose en un miembro de vital importancia además de decisivo para asegurar la salud con relación a la alimentación de los pacientes.

2 Objetivos

Determinar y describir las diferentes tareas que realiza el pinche de cocina en la cámara de refrigeración en el contexto hospitalario, donde mencionadas tareas van dirigidas a un adecuado almacenamiento dentro de la cámara de refrigeración para así poder asegurar tanto la calidad como la seguridad de la alimentación de los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 vez realizada la investigación cualitativa y la revisión de bibliografía, se puede afirmar que el pinche de cocina en la cámara de refrigeración realiza varias actividades, así como responsabilidades que resultan claves para que los alimentos se mantengan en las condiciones adecuadas en la cámara de refrigeración de una cocina en el ámbito hospitalario.

Entre las diversas tareas y responsabilidades, el pinche de cocina es el encargado de que la cámara de refrigeración se conserve ordenada y limpia, además de ello, el manejo de los diferentes alimentos de forma eficiente y segura, cerciorándose

de que, durante la preparación de estos para su almacenamiento, no se produzcan contaminaciones. Otra de las tareas que lleva a cabo el pinche de cocina es encargarse de tramitar tanto los envíos como la entrada de los alimentos, manteniendo el registro actualizado de las provisiones que hay almacenadas en la cámara de refrigeración, donde en el contexto de almacenamiento, deben organizar dichas provisiones de forma correcta, comprobando que los productos que tengan una fecha de caducidad más próxima o lleven más tiempo almacenados se encuentren en la parte delantera, y los productos con mayor fecha de caducidad o más recientes, en la parte trasera. El pinche de cocina es el miembro responsable de vigilar que tanto la temperatura como la humedad en la cámara de refrigeración sean las adecuadas, con la finalidad de asegurar que los alimentos se conserven seguros. Además de lo mencionado, el pinche de cocina también es el encargado de etiquetar los diferentes alimentos de una manera correcta, esto es, incluir en la etiquetación la fecha de caducidad, así como otras indicaciones pertinentes que sean relevantes para su posterior preparación.

Es importante que el pinche de cocina cuente con los conocimientos y destrezas necesarias para efectuar un trabajo eficiente, donde deberá desempeñar sus funciones, cumpliendo con los altos estándares exigidos en materia de alimentación dentro del contexto hospitalario, así como tener habilidades de comunicación y trabajo en equipo, logrando de esta manera que el proceso de elaboración sea fluido entre todos los miembros que forman el equipo de cocina.

5 Discusión-Conclusión

Una vez analizados los resultados de las diversas funciones que realiza el pinche de cocina en la cámara de refrigeración en una cocina hospitalaria, demuestran que su papel es fundamental para asegurar que los alimentos que posteriormente serán cocinados y consumidos por los pacientes cuenten con la mayor seguridad y calidad. El control de la temperatura y la humedad, la distribución para que no haya contaminación entre alimentos, la limpieza, el registro de los productos, el etiquetado y la correcta organización según fecha de caducidad hacen del pinche de cocina un miembro indispensable en la cámara de refrigeración, donde gracias a su labor, los alimentos se mantendrán frescos y seguros, influyendo directamente en la salud y mejoría de los pacientes.

6 Bibliografía

Carretero, M.A., Rivero, T., Caracuel, M., Fernández-Daza, R., Ferreira, J., López de Dicastillo, R.,

Márquez, Y., Mesa, A., Olmedo, J.M., Pérez, M., Del Pozo, M., Recuero, R., Salcedo, S. y Sánchez, U.

(2020). Manual de actuación higiénico sanitaria y nutricional en restauración hospitalaria (A.G.

Caracuel, ed.). Druso Maior. http://sancyd.com/wpcontent/uploads/2020/02/MANUAL_DE_ACTUACION_HIGIENICO_SANITARIA_Y_NUTRICONAL_DIG.pdf

Guía de higiene hospitalaria (2004). Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínico San Carlos

(Madrid). https://fundadeps.org/wpcontent/uploads/eps_media/recursos/documentos/234/Gu%C3%ADa%20Higiene%20hospitalaria%20HCSC.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 657

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ALMACÉN

JOSE JORGE ALVAREZ ALVAREZ

1 Introducción

El almacén es el sitio donde se encuentra todo el material que se necesita en un hospital y que no va a utilizarse de forma inmediata, lo cual implica tener control de recepción de entrada de las existencias, (colocación y conservación adecuada de las mercancías) y la comprobación de la salida de los artículos a las distintas unidades hospitalarias.

Hay varios tipos de almacenes según el tipo de material que tratemos los podemos clasificar de la siguiente forma:

1) Almacenes de materiales que tratan directamente con los pacientes como el almacén de farmacia, almacén de material clínico fungible y de material quirúrgico y aparataje.

2) Almacenes para desempeñar el funcionamiento del centro sanitario, donde se encuentran el almacén de papelería y el almacén de mantenimiento.

3) Almacén de lencería en el que su fundamental función es administrar ropa de cama y personal a los pacientes y equipar al personal del vestuario adecuado.

El principal objetivo de los almacenes es la distribución de los pedidos, la cual se realizará mediante un impreso, denominado hoja de almacén, que deben rellenar las distintas unidades hospitalarias con los materiales que necesiten. Cuando el material esté preparado por los celadores de los almacenes, se repartirán según la periodicidad previamente establecida (diaria, semanal, etc.).

2 Objetivos

- Exponer las funciones que realiza el celador en el servicio de almacén.
- Dar a conocer las medidas necesarias para el buen funcionamiento y control del almacén.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática buscando en diversas revistas, artículos y libros, así como en distintas bases de datos como: PubMed, Medline, Scielo y consulta de páginas web relacionadas con el tema mediante el buscador de Google Académico utilizando palabras clave como: pedidos, almacén, materiales, etc.

4 Resultados

La figura del celador en el almacén viene contemplada en el Acuerdo de Consejo de Ministros de 29/6/90 (aprobado por Resolución de 17 de julio de 1990), que modifica el Real Decreto-Ley 3/87 de 11 de septiembre, sobre régimen retributivo del personal estatutario del Instituto Nacional de la Salud fue derogado por la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

En el almacén general de un hospital las funciones que desarrolla un celador son las siguientes:

- Recibir el suministro y comprobar el albarán de entrega.
- Cargar y descargar la mercancía en el almacén.
- Una vez que estén depositados los materiales en el almacén, el celador es el encargado de revisar el albarán y debe comprobar el número de bultos recibidos. Esta es una de las tareas más importantes del almacenaje, ya que cuando está hecha la comprobación y es correcta, el material se distribuye en las estanterías del almacén.
- Informar al responsable del almacén sobre la entrada de los artículos.
- Controlar las entradas y salidas del almacén, que las puertas de la zona de almacenaje estén cerradas y no dejar entrar al almacén a personas no autorizadas.
- Comprobar que los vales de los pedidos estén correctamente cumplimentados y, a la hora de dispensar el material solicitado, cerciorarse de que el vale está firmado por un responsable superior para poder entregarlo.

- Trasladar desde el almacén a las distintas unidades hospitalarias el mobiliario y el aparataje.
- Poner y colocar los suministros internos a las distintas plantas y servicios de un centro hospitalario.
- El celador debe de hacer un inventario todos los días del material que hay, tanto de las entradas como de las salidas y también debe de participar en el inventario general.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se destaca el papel del celador en el almacén, el cual debe de ser una persona responsable, organizada, eficaz, manteniendo el orden y limpieza en el servicio y controlando las existencias del almacén, teniendo en cuenta el volumen máximo a ocupar por el stock para conseguir un módulo de almacenaje adecuado de cada artículo.

Así mismo, es esencial que conozca las características de los artículos y el movimiento de las entradas y de las salidas para evitar que los materiales queden desfasados.

Se destaca la importancia de llevar un buen control de las mercancías, conociendo la ubicación de las mismas dentro del almacén y de la disponibilidad de espacios en el mismo.

6 Bibliografía

- <http://celadoresonline.blogspot.com>.
- <http://www.formacurae.es>.
- <http://www.euroinnova.edu.es>.

Capítulo 658

LA MALA MANIPULACIÓN DE CARGAS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS Y CÓMO EVITARLAS: PINCHES

FRANCISCO JOSE CABRERA PRUAÑO

VIRTUDES HONRUBIA AROCA

JUANA MARÍA MORENO SANCHEZ

FRANCISCO PÉREZ JUÁREZ

MANUELA JIMENEZ GONZALEZ

1 Introducción

El manejo de carga, según el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, es una operación para mover o sostener algo pesado por parte de una o más personas; puede ser: levantado, empujado, movido a otra parte, y por sus características se puede producir una lesión. El manejo deficiente de la carga es uno de los principales factores de riesgo para la salud de un trabajador, particularmente para aquellos que trabajan en las cocinas de los hospitales. Dado que el trabajo de cocina es extremadamente repetitivo y consiste exclusivamente en trabajo de brazos y piernas, giros y levantamientos, puede provocar lesiones graves, especialmente en la zona lumbar de la región dorsal, los codos, las rodillas

y las muñecas. Por esta razón, debemos evitarlos. Una correcta mecánica corporal y levantar siempre con dos personas pueden evitar que lesiones menores se conviertan en problemas de salud graves que podrían costarle al trabajador su trabajo y causarle una discapacidad. En las cocinas de los hospitales, manipular la carga es una tarea común, por lo que es importante comprender los riesgos de realizarla incorrectamente y las formas adecuadas de hacerlo para que podamos completar nuestro trabajo sin correr el riesgo de lesionarnos.

2 Objetivos

Conocer las consecuencias de la manipulación de cargas que afectan a la salud de los trabajadores de las cocinas hospitalarias y las distintas soluciones para que no pase.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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

Cualquier persona, animal u objeto que se pueda mover, incluso si es mecánicamente, pero requiere esfuerzo humano para colocarse se denomina carga. La ergonomía tiene como objetivo optimizar los componentes del sistema (personas, equipos y el lugar de trabajo) mediante el establecimiento de métodos institucionales, tecnológicos y centrados en el ser humano. También sirve para adaptar el puesto de trabajo a las necesidades del trabajador. Las cocinas de los hospitales experimentan un alto número de fatalidades al final del año por diversas razones, una de las cuales es el manejo inadecuado de la carga debido a los numerosos y extremadamente repetitivos movimientos de los trabajadores en las cocinas al final de la jornada laboral. En consecuencia, el sistema de salud se propone fomentar el trabajo saludable. Para ello, se realizarán cursos de prevención de riesgos laborales y se crearán entornos de trabajo seguros que proporcionen satisfacción laboral ya que deberán encargarse de las tareas necesarias para cumplir

adecuadamente con sus obligaciones y posteriormente atender las necesidades de los pacientes hospitalizados. El daño corporal puede resultar de un manejo inadecuado, siendo los más comunes hematomas, heridas, fracturas y lesiones musculares. Todo lo que pese más de 3 kg se considerará carga porque manipular objetos de ese peso podría ser peligroso incluso en condiciones ergonómicas ideales, y todo lo que pese más de 25 kg se considerará una carga. Debemos examinar los elementos más cruciales, incluido el peso de la carga, para determinar cómo afecta la mala manipulación de la carga a la salud. Se recomienda utilizar los criterios proporcionados en su guía para analizar una situación de peligro potencial con el fin de intentar reducir las lesiones provocadas por un manejo deficiente de la carga. Si no podemos utilizar ayudas mecánicas, debemos determinar si la tarea implica algún riesgo. Si las cargas pesan menos de 3 kg, no serán peligrosas, por lo que podemos proceder con normalidad. Si no se puede eliminar el riesgo de la manipulación, es necesario evaluar tanto los riesgos tolerables —aquellos para los que no es necesario tomar mejores medidas preventivas pero se pueden buscar mejores soluciones— como los riesgos inaceptables. Este no superará los 25 kg en condiciones ideales de trabajo, que serán aquellas en las que se deban rediseñar las tareas utilizando nuevas formas de trabajo. Girar el tronco requerirá precaución adicional porque hay una mayor posibilidad de lesión en la parte baja de la espalda. Debido al agarre cómodo de la carga, se puede sujetar con ambas manos sin obligar al usuario a adoptar una posición incómoda. Aquí se considerará la posición de la carga en relación con el cuerpo, y consideraremos tanto la distancia horizontal como la distancia vertical. Al estar al alcance de muchas personas, el desplazamiento vertical de la carga no superará los 175 cm. El manejo y transporte frecuente de la carga son factores que pueden generar agotamiento físico y un mayor riesgo de accidentes. La inclinación de la espalda baja siempre debe mantenerse al mínimo, y las rodillas siempre deben estar dobladas para evitar la tensión en la espalda. Otros métodos de prevención y protección contra lesiones provocadas por el manejo inadecuado de la carga incluyen tomar descansos a lo largo de la jornada laboral. Si las precauciones son efectivas, se debe informar a los trabajadores y se deben implementar los controles de salud apropiados.

5 Discusión-Conclusión

Debido al manejo inadecuado el levantamiento de cargas durante las tareas diarias puede causar dolor lumbar crónico al trabajador. Con este proyecto pretendemos concienciar sobre el problema que puede suponer para el personal de

cocina de un hospital una manipulación inadecuada de la carga. Si no se pudiera lograr este objetivo, sería necesario realizar una evaluación de riesgos e implementar las medidas necesarias para reducir y controlar los riesgos potenciales. Sin duda, la mejor manera de prevenir lesiones de esta naturaleza es automatizar o utilizar equipos especializados para minimizar la cantidad de manejo de carga y evitar bajas innecesarias del trabajador.

6 Bibliografía

1. <https://congresosicepa.com/>.
2. <https://www.hosteleriadigital.es/>.
3. <https://www.ccoontigosalud.es/>.

Capítulo 659

LOS PINCHES Y LOS RIESGOS DE ACCIDENTES EN LAS COCINAS DE LOS HOSPITALES

FRANCISCO JOSE CABRERA PRUAÑO

VIRTUDES HONRUBIA AROCA

JUANA MARÍA MORENO SANCHEZ

FRANCISCO PÉREZ JUÁREZ

MANUELA JIMENEZ GONZALEZ

1 Introducción

Hablaremos de los riesgos a los que se enfrentan los ayudantes de cocina de los hospitales. En un centro médico, debe haber mucho trabajo involucrado en los puestos de ayudante de cocina porque hay muchas vacantes. Esto indica que se ha duplicado en los últimos años la cantidad de investigaciones sobre las condiciones de trabajo de este grupo de empleados. Los asistentes médicos deben ser conscientes de una serie de riesgos laborales comunes para tomar las precauciones necesarias. La investigación sobre las condiciones laborales de este colectivo se ha incrementado debido a que el trabajo que realizan los ayudantes de cocina en los centros médicos incluye una gran variedad de tareas que demandan una importante carga de trabajo. Los profesionales de la salud se enfrentan a una serie de riesgos laborales que ocurren con frecuencia en el trabajo, como

el riesgo de lesión y amputación. Con el 45 por ciento de los incidentes relacionados con lesiones en manos y dedos, cocinar representaba el mayor riesgo. El uso de equipos, herramientas y objetos afilados, como licuadoras, picadoras y máquinas afiladas, presenta un riesgo de lesiones ,por ello se debe conocer su funcionamiento correcto y su limpieza y desinfección para hacer un buen trabajo.

2 Objetivos

Conocer los aspectos básicos a tener en cuenta en la prevención de accidentes como las heridas y cortes en la cocina hospitalaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente una revisión bibliográfica sistemática en libros sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos como páginas de internet así como Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas y palabras claves para llegar al fin de este capítulo.

4 Resultados

El tema tratado en este capítulo es crucial y debe manejarse con cuidado personal y experto. Las interrupciones en la cocina del hospital pueden provocar una variedad de problemas, cada uno con un grado diferente de gravedad. Dado que las rebanadoras, picadoras y trituradoras con frecuencia cortan y perforan al usar numerosas herramientas como cuchillos y tijeras, las lesiones y los cortes son uno de los principales riesgos asociados con el trabajo en la cocina. Además, las materias primas y los recipientes como latas, puntas y bordes afilados pueden lastimar a las personas. La mejor medida de seguridad para las herramientas de corte es que sean extremadamente afiladas y tengan mangos de material antideslizante. Marcar las áreas apropiadas y, si es necesario, ponerse guantes de seguridad. Observar el filo y su dirección cuando no esté en uso, guardarlo en un estuche o soporte después de usarlo y mantenerlo alejado del cuerpo del trabajador en todo momento. Los interruptores automáticos deben usar varillas de empuje para desconectar la corriente durante la limpieza y el mantenimiento de acuerdo con las instrucciones del fabricante. Hacer uso de la papelera si se necesita recoger

cualquier vidrio roto, platos o cerámica que haya quedado en el piso. Al trabajar en el fregadero, siempre se deben usar guantes. Las principales causas de lesiones son el uso inadecuado, el equipo defectuoso y el almacenamiento inadecuado. Se debe estar siempre atento a las normas que se deben seguir en las cocinas de los establecimientos de salud y, en caso de emergencia, considerar cada acción a tomar.

5 Discusión-Conclusión

Este tipo de accidente causa muchas víctimas cada año. El programa de formación de ayudantes de cocina incluye diversas medidas preventivas que se deben tomar para reducir el riesgo de lesiones y cortes de los ayudantes de cocina que trabajan en los centros de salud. Los más fundamentales incluyen, entre otras cosas, proporcionar guantes aprobados y brindar educación y capacitación sobre cómo usar y operar herramientas manuales y eléctricas correctamente. En beneficio de los pacientes y, lo que es más importante del personal, es crucial que se cumplan todos los requisitos legales en todas las cocinas sanitarias según las reglas.

6 Bibliografía

1. Reim, M.; Redbrake, C.; Schrage, N. Chemical and thermal injuries of the eyes. Surgical and medical treatment based on clinical and pathophysiological findings (2001).
2. Gayson. Enfermedad de la cornea. Ed. Horcourt Brace. 4ª edición (1999).
3. Karsky, J. Oftalmología clínica. Ed. Horcourt Madrid-Barcelona (2000).
4. Xunta de Galicia. Metodoloxía para a avaliación de riscos laborais en centros sanitarios.

Capítulo 660

LAS IMPORTANTES NORMAS HIGIÉNICO-SANITARIAS QUE HAY EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS: PINCHE

FRANCISCO JOSE CABRERA PRUAÑO

VIRTUDES HONRUBIA AROCA

JUANA MARÍA MORENO SANCHEZ

FRANCISCO PÉREZ JUÁREZ

MANUELA JIMENEZ GONZALEZ

1 Introducción

La forma más compleja de nutrición comunitaria es la que se proporciona en los hospitales. Esto depende de una variedad de factores, incluida la forma en que los diversos servicios como médicos, enfermería, nutrición, compras, cocina y mantenimiento interactúan entre sí, la necesidad de dar menús personalizados al paciente, y la exigencia de darlos todos a la vez. La dieta se cambia con frecuencia para adaptarse a las necesidades terapéuticas. Realice tareas simples para preparar, cocinar, conservar, terminar y servir platos sencillos. En la industria de fabricación de cocinas, seguimos los estándares de calidad establecidos y tomamos precauciones contra los riesgos ambientales, ocupacionales y de salud.

Cualquier campo, incluidas las artes culinarias, otorga un gran valor al mantenimiento de las condiciones higiénicas. En cuanto a la prevención de accidentes laborales, este tipo de regulación salvaguarda tanto la salud de los propios trabajadores como la de los consumidores de los productos que allí se elaboran. Debido al estado vulnerable de salud de los clientes, su ubicación dentro de las instalaciones médicas y el volumen de clientes que atienden cada día, el cumplimiento de estos estándares se vuelve más crucial en las cocinas de los hospitales. Como resultado, para llevar a cabo sus funciones, los asistentes de hospitales deben estar familiarizados con las leyes pertinentes.

2 Objetivos

Conocer las normas higiénico-sanitarias vigentes en las cocinas hospitalarias.

3 Metodología

La revisión bibliográfica se ha realizado por medio de búsquedas en varias páginas de internet y en las bases de datos como y Google Académico. Para ello, hemos utilizado las palabras claves normativas, higiene, sanidad, pinche, cocina hospitalaria, cocina, hospital, legislación. De entre todos los resultados en diversos idiomas, y en libros, se han seleccionado aquellos en los que nos da información del tema.

4 Resultados

Leyes europeas: En 2000, la Comisión Europea publicó un libro blanco sobre seguridad. Esta prioridad táctica está contenida en Alimentaria. Entre estos objetivos, alcanzar el nivel más alto de seguridad alimentaria dentro de la Unión Europea es uno de los objetivos principales. Con el fin de brindar el más alto nivel de protección para la vida y la salud de las personas, el lema principal de la compañía es garantizar la seguridad alimentaria integral durante todo el proceso, "de la granja a la mesa". En los llamados paquetes, las reglas están contenidas. Saneamiento, incluidos los Reglamentos 852/2004, 853/2004 y 854/2004 del Parlamento Europeo, así como otras normas que los modifican y amplían. El reglamento 604 establece algunas pautas fundamentales. En términos de seguridad alimentaria, las empresas alimentarias son las principales responsables. En todos los puntos de la cadena alimentaria, comenzando por la producción

primaria, debe garantizarse la seguridad alimentaria. La cadena de frío debe mantenerse para los alimentos que no pueden almacenarse de forma segura a temperatura ambiente. Aplicar los principios y procesos ACCP (Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control) consistentemente basados en buenas prácticas de higiene. Para ello se necesita una fuerte orientación práctica. Los requisitos de temperatura y microbiología se basan en análisis de riesgo realizados por la ciencia. - Los alimentos importados deben cumplir con un estándar mínimo de higiene comparable al de los alimentos locales. Leyes nacionales: Para implementar las leyes europeas, España debe establecer un marco legal similar al que ha sugerido la Unión Europea. Para lograrlo, en 2006 se publicó el Real Decreto 640/2006. Además, se han publicado una serie de guías de buenas prácticas para varios lugares a lo largo de la cadena de producción de alimentos definida por el reglamento. los fundamentos: Las ideas clave en este campo están definidas por normas nacionales y europeas, así como por manuales de buenas prácticas. La higiene de los alimentos son los medios y las condiciones necesarios para controlar los riesgos alimentarios y garantizar que los alimentos sean aptos para el consumo humano, teniendo también en cuenta el uso previsto de los alimentos. El alimento es cualquier sustancia o artículo destinado al consumo humano o que es probable que sea consumido por humanos. La tierra, el ganado, la caza y la pesca son ejemplos de productos básicos. Cualquier división de la empresa involucrada en la industria alimentaria puede establecer una instalación. El curado es el proceso de alterar significativamente el producto original, como la salazón, el ahumado o el tratamiento térmico. Riesgos: La probabilidad de que se materialicen efectos desfavorables para la salud y la gravedad de dichos efectos. Como hemos visto, la especificación es aplicable a cada paso del proceso de fabricación, desde el campo hasta la mesa. En nuestro caso, como asistente de hospital, nos concentraremos en categorías como preparación de alimentos, pretratamiento y salas de tratamiento, incluidas las cocinas de hospital. Las superficies de paredes, techos y pisos deben ser fáciles de limpiar, higiénicas y en buenas condiciones en todo momento. - Se deben instalar mosquiteras que sean fáciles de limpiar, esterilizar y que no acumulen suciedad fácilmente en puertas y ventanas. Para la esterilización, conservación y limpieza de las herramientas y equipos utilizados para el trabajo, se deben ofrecer las instalaciones adecuadas. Excepto los de uso personal, todos los elementos, instalaciones y equipos en contacto con los alimentos deben limpiarse y desinfectarse con la frecuencia necesaria para reducir el riesgo de contaminación. - Con el fin de disponer adecuadamente los sobrantes y restos de alimentos en beneficio del medio ambiente, éstos deberán ser retirados y almacenados a la mayor brevedad en las instalaciones destinadas al efecto.

- Cualquier agua (líquida, hielo o vapor) en contacto con los alimentos debe ser potable. - Todo el personal que trabaje en áreas donde se manipulan alimentos debe mantener un alto nivel de higiene y vestirse con ropa adecuada, limpia y de protección, según sea necesario. Además, las empresas alimentarias son responsables de garantizar el cumplimiento de todos estos requisitos, incluida la orientación, supervisión y capacitación de los manipuladores de alimentos.

5 Discusión-Conclusión

Partiendo de los estándares que muestran las buenas prácticas en la cocina establecidos por la normativa europea, así como por las leyes y directrices nacionales para los diferentes campos de trabajo, varias propuestas de soluciones globales pueden satisfacer mejor las necesidades y tareas de una amplia gama de hospitales basados en el análisis de todos estos datos, teniendo en cuenta el nivel de servicio requerido y el equilibrio entre inversión y costes de desarrollo. Estas normas tienen un impacto en el trabajo diario de los cuidadores como manipuladores de alimentos. Para cumplir con las leyes vigentes en el desempeño de sus funciones, los cuidadores deben conocerlas.

6 Bibliografía

1. AESAN. (s. f.). Aesan - Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Recuperado 27 de junio de 2020, de http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/seguridad_alimentaria/subseccion/principios_y_requisitos.htm.

Capítulo 661

EL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

LUCIA GONZALEZ ROMAN FERNANDEZ CAÑADAS

MARÍA DEL MILAGRO GALLEGO CASTILLA

RUBÉN SANTACRUZ GALLEGO

FRANCISCO JAVIER GONZÁLEZ LÓPEZ

MARIA LUISA MONEDERO IZQUIERDO

1 Introducción

La atención primaria forma parte del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

En atención primaria, se desarrollan las actividades sanitarias encaminadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, tanto individual como colectiva, también la atención primaria de salud garantiza a las personas una atención integral de calidad —desde la promoción y la prevención hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos— lo más cerca posible de sus lugares habituales.

La Atención Primaria se obtiene en el Consultorio o Posta urbana y/o rural que corresponde al domicilio del interesado. Comprende los siguientes programas: Programa Infantil: Control del niño sano, Vacunas Consultas médicas generales,

Consultas médicas, Consultas ginecológicas, Consultas sobre planificación familiar.

Servicios que forman parte de la Atención Primaria de Salud son: i. La atención dental. ii. Consultas de planificación familiar. iii. Consultas ginecológicas. iv. Control prenatal. v. Exámenes de laboratorio y radiografía. vi. Atención de mujeres embarazadas y lactantes vii. Control de pacientes con enfermedades crónicas.

Dentro de la atención primaria, está el puesto del Celador, el cual es una pieza importante en el buen funcionamiento de un centro de salud.

2 Objetivos

Conocer las funciones 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

Podemos detallar cuáles son las funciones más habituales del celador en atención primaria:

1-Vigilancia y seguridad.

Velar porque todas las dependencias e instalaciones del centro de salud se encuentren en perfecto orden y limpieza.

Procurará que los pacientes y los familiares que visitan el centro de salud mantengan el orden y procuren estar en silencio.

2-Información y atención al usuario

Los celadores están en contacto con los pacientes, pero nunca darán información sobre salud ni tratamientos.

Muchas veces, estos profesionales tienen que proporcionar información a los pacientes sobre el lugar en el que se encuentran, sobre el día y hora de las consultas, sobre el papeleo.

Son dudas sencillas, pero que, en cualquier momento, el celador debe mostrarse colaborativo y ayudar a resolverlas.

3-Traslado y movilización de pacientes

Cuando al centro de atención primaria llegan pacientes con movilidad reducida o que no pueden valerse por sí mismos, el celador lo que debe de hacer es encargarse del traslado de estos pacientes hacia las consultas u otros lugares necesarios.

4-Reposición de materiales

El celador también es el responsable de reponer el material que falte en las consultas y, en general, en las dependencias del centro de salud.

También el manejo de las máquinas reproductoras, como son las fotocopadoras y otras máquinas auxiliares, son tareas que competen al celador.

En ocasiones, el celador también debe realizar encargos oficiales dentro y fuera de los centros de trabajo.

5-Reparto de la documentación

Dentro del centro de salud, el celador se encarga de trasladar los documentos necesarios, así como las historias clínicas de los pacientes cuando sean requeridos para ello.

La correspondencia también es otra de las responsabilidades del celador. Debe entregar, recoger y distribuirla cuando sea oportuno.

6-Asistencia a otros profesionales del equipo

El celador podrá asistir al personal sanitario que esté realizando pequeñas curas e intervenciones ambulatorias

7-Realización de fotocopias.

8-Traslado de aparatos o mobiliario de unos servicios a otros.

9-Traslado de balas de oxígeno

5 Discusión-Conclusión

Partiendo de la definición de Celador por RAE "Persona que tiene por oficio vigilar el cumplimiento de las normas y el mantenimiento del orden o hacer otras tareas de apoyo en un establecimiento público", el celador es como parte integrante del equipo de profesionales sanitarios de los centros de salud desempeña un papel muy importante, es el primer profesional con el que se encuentra el paciente y es el encargado de tranquilizarle en numerosas ocasiones.

Los celadores trasladan pacientes y instrumental a diferentes lugares del hospital, por ejemplo, al quirófano o a la sala de rayos X o de una sala o planta a otra o a

la ambulancia. Los celadores se aseguran de que los pacientes, el instrumental se encuentran en el lugar adecuado en el momento adecuado.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/competencias-celador-atencion-primaria/>.
2. <https://congresosicepa.com/celador-atencion-primaria/>.
3. Formación Continuada Logoss ISBN 978-84-15764-09-0.

Capítulo 662

EL PERSONAL MECÁNICO Y EL MANTENIMIENTO DE LAS INSTALACIONES AUDIOVISUALES

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 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 la finalidad del mantenimiento de las instalaciones audiovisuales por parte del mecánico que presta sus servicios en una institución sanitaria.

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

Programa de mantenimiento de equipos audiovisuales:

1. Antena:

- Equipo de recolección. Cada año o antes, si se detectan irregularidades, se comprobará la fijación del mástil, así como el estado de su protección contra la corrosión, y se corregirán los defectos detectados.
- Reforzar y distribuir equipos. Cada año o antes, si se observan irregularidades durante la operación, se verificará la ganancia de señal en el amplificador, se medirá la señal en su entrada y salida, y se realizarán los ajustes y reparaciones necesarios.

2 teléfono:

- Casilleros de enlace.

Realice las siguientes inspecciones cada año: el interior del gabinete está libre de fijación, corrosión y humedad, repare todos los defectos detectados.

- Gabinete de las Maravillas.

Realice las siguientes inspecciones cada año: el interior del gabinete está libre de fijación, corrosión y humedad, repare todos los defectos detectados.

- Oficina de Registro.

Realice las siguientes inspecciones cada año: el interior del gabinete está libre de fijación, corrosión y humedad, repare todos los defectos detectados. Una vez colocado el cable, las líneas telefónicas serán mantenidas únicamente por la compañía telefónica o su designado.

3. Megafonía:

- Conexión eléctrica.

Revisar anualmente la efectividad de sus puntos fijos, de operación de interruptores automáticos y de puesta a tierra.

- Bloque de lupa.

Anualmente o cada 2000 horas de funcionamiento se comprobarán: fusibles de los distintos equipos, estado de cables y conexiones de líneas de entrada y salida, inspección y limpieza de rejillas de ventilación y engrase y equipamiento de elementos de ventilación forzada (si los hubiere). Prueba de puesta a tierra.

- Perfiles de protección.

Anualmente, se realiza una inspección visual del estado y fijación de los perfiles, así como del estado de los cables protegidos.

- Caja de transferencia universal.

Una vez cada cinco años, se comprueba la pinza o tira fusible y el estado de la conexión, así como el aislamiento de los hilos pertenecientes a los distintos circuitos.

- Canales de superficie.

Cada cinco años, comprobar la estanqueidad de la base de unión de la tubería y el estado de los elementos que componen el canal.

- Canales en la montaña.

Una vez cada cinco años se revisa la fijación de los accesorios de base que sujetan las tuberías y el estado de los distintos componentes del canal.

- Transformación.

El estado de su funcionamiento, montaje y control de accionamiento se comprueba anualmente.

- Ajuste del nivel de sonido.

El estado de su funcionamiento, bloqueo y control de conducción se comprueba cada año.

- Selector de programa.

El estado de su funcionamiento, bloqueo y control de conducción se comprueba cada año.

- Altavoces empotrados (o montados en superficie).

Anualmente, se revisan su función, el montaje de los altavoces y la rejilla (gabinete), así como el estado de las conexiones y el control de la transmisión.

- Acondicionamiento integrado y audífonos.

El estado de su funcionamiento, montaje y control de accionamiento se comprueba anualmente.

5 Discusión-Conclusión

El personal que ejerce como mecánico en una institución sanitaria, como puede ser un centro hospitalario, es un personal de gran importancia, ya que es el encargado de reparar cualquier incidencia mecánica que surja dentro de la institución sanitaria.

Este personal de mecánico tiene que poseer unos amplios conocimientos sobre diversas materias, puesto que esta rama engloba muchos aspectos.

Uno de esos aspectos es que debe de tener unos buenos conocimientos sobre equipos audiovisuales.

Dentro de una institución sanitaria el personal mecánico se va a encontrar aparatos como pueden ser antenas, equipos de megafonía, equipos de telefonía, etc.

Cuando un equipo de estos sufre una avería, el personal mecánico ha de repararlo con la mayor brevedad posible

6 Bibliografía

1. Ocronos.
2. Revista médica.
3. Sanidad. CCOO.

Capítulo 663

EL PERSONAL MECÁNICO EN EL ARREGLO DE UNA CAMA MÓVIL EN 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 sólo considerado como un centro de costos. Un adecuado mantenimiento permite la modernización, especialización y rentabilidad de los servicios existentes.

2 Objetivos

- Dar a conocer las labores de mantenimiento que realiza de las camas el personal de mantenimiento mecánico sanitario en un centro hospitalario.

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

Una de las labores realizadas por el personal de mantenimiento mecánico, en un complejo hospitalario, es la conservación de camas, camillas y mesas de quirófanos.

El personal de la planta del servicio sanitario, contacta a través de los teléfonos internos que tiene cada gerencia con el personal mecánico para la realización de las reparaciones pertinentes de todos estos elementos, bien para arreglarlas in situ en el propio servicio, incluso con el paciente si no se pudiera trasladar.

Si la cama no tiene una sencilla reparación o se necesita mucho tiempo para ello, el celador debe bajarla al taller de mantenimiento para hacer una revisión más profunda y proceder a la reparación por parte del personal mecánico sanitario.

La comunicación entre los diferentes servicios con el personal de mantenimiento mecánico de un centro hospitalario debe ser clara, explicando lo que le pasa a la cama para así establecer un mantenimiento idóneo en cada situación.

Existen también revisiones generales de plantas en las que se suelen examinar todas las camas de las habitaciones cuando no hay pacientes en ellas, bien porque no hay mucha gente ingresada o porque se deben adecuar a las necesidades actuales. Suele realizarse un aviso por parte del supervisor/a de la planta al jefe/a de mantenimiento y, posteriormente, mediante parte de trabajo, al servicio de mantenimiento mecánico por GMAO (Sistema Informático de Partes de Mantenimiento).

5 Discusión-Conclusión

En general, las camas de un centro hospitalario deben repararse según lo establecido por el manual del fabricante y siguiendo los pasos, así como utilizando los útiles específicos, herramientas y piezas originales o, en su defecto, compatibles (si ya no se encuentran), para realizar una reparación adecuada y no perder la garantía del producto.

El mecánico sanitario en su oficio debe verificar que todo esté en orden y que funcionen todas las partes mecánicas, sistemas eléctricos y los diferentes elementos para que a la hora de que la cama, camilla o mesa, sea puesta en el servicio con las garantías de que el paciente no presente ningún peligro, problema o accidente.

6 Bibliografía

1. Ocronos.
2. Revista médica.
3. Sanidad. CCOO.

Capítulo 664

EL PERSONAL MECÁNICO Y SU LABOR DE MANTENIMIENTO EN UNA LAVANDERÍA DE 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

Explicar las labores del personal mecánico que trabaja en el mantenimiento de una lavandería pública de un centro hospitalario.

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

El Túnel de Lavado de una lavandería es un conjunto de máquinas cuya función es lavar y desinfectar las grandes cantidades de ropa que se recogen de los diferentes centros sanitarios. Es la máquina de mayor tamaño que se encuentra en una lavandería industrial, dependiendo del volumen de ropa y de la cantidad de centros sanitarios que proveen la ropa así será su tamaño y módulos.

En el Túnel de Lavado se compone de un conjunto de sistemas mecánicos neumáticos, eléctricos y tuberías de vapor; que juntos lavan las prendas. Dentro del Túnel de Lavado Industrial se divide en 5 secciones:

- Cinta de Llenado o Transvase:

Es una cinta inclinada unos 45° en la cual se compone de unos cajetines en los que se echa la ropa sucia y en los cuales se dispone de un peso para saber cuánta ropa lleva cada cajetín (unos 50Kg).

- **Túnel de Lavado:**

Es una lavadora interconectada, quiero decir, son 7 lavadoras industriales interconectadas entre sí, mediante un tornillo sin fin, para que la ropa pase por cada fase de lavado sin que la ropa llegue a detenerse en ningún momento de sus fases, reduciendo los tiempos de lavado y optimizando el consumo de agua y electricidad, consiguiendo en todo el proceso de lavado una eficiencia.

- **Prensa de Drenaje:**

Está situada al final del túnel de lavado. La prensa recibe la ropa empapada, es la encargada de escurrir el agua mediante el aporte de presión y compresión formando una torta de ropa escurrida y bajo un mínimo grado de humedad.

- **Elevador de Carga, también llamado Convellor:**

Es un sistema de elevación, en el cual distribuye la torta de ropa entre 2 secadoras para su siguiente secado. Este elevador de carga se acciona mediante la unidad principal que es la que elige a cuál de las dos secadoras introduce la carga.

- **Secadoras Industriales:**

Este tipo de secadoras están construidas para que el secado de la ropa se efectúe de forma eficiente y en el menor tiempo posible, mediante vapor distribuido por tuberías de acero inoxidable

5 Discusión-Conclusión

Como se ha comentado anteriormente para un correcto funcionamiento de este equipo y mantener un nivel constante de ropa, unido a una eficiencia energética muy importante hoy en día, el personal de mantenimiento de calefactores en el ámbito sanitario, se encarga de comprobar las presiones de trabajo, sensores, posibles fugas de presión en tuberías o elementos de conexión y elementos de seguridad.

Mediante parte de trabajo el calefactor sanitario debe verificar y asegurar de forma periódica un mantenimiento, mediante protocolos de trabajo a este equipo para un funcionamiento óptimo y alcanzar la producción deseada y satisfacer la demanda de la producción.

6 Bibliografía

- 1- Ocronos.
- 2- Revista médica.
- 3- Sanidad. CCOO.

Capítulo 665

LOS RIESGOS ERGONÓMICOS DEL CELADOR

DANIEL RODRIGUEZ ORDIZ

1 Introducción

¿Qué es la ergonomía? La ergonomía es la unión de varias ciencias en las que estudian el comportamiento y las labores del trabajador para intentar o llegar a intentar que en la persona trabajadora no sufra de lesiones, malas posturas, malos movimientos, que el trabajador no esté en una zona de trabajo constantemente con elevados ruidos, una carga de trabajo mental excesiva, carga física, etcétera. Entonces lo que intenta hacer la ergonomía es estudiar los tipos de trabajo y sus funciones para así poder estipular unas normas de cómo hacer el trabajo sin tener que sufrir el trabajador ni mentalmente ni físicamente, para esto hacen estos estudios de los trabajos que se realizan y también cuentan con estadísticas anteriores para poder remediar o intentar remediar lo máximo todos estos problemas que sufre el trabajador en el desarrollo de su trabajo. Por lo que podemos ver la ergonomía se realiza para ayudar al trabajador en su puesto de trabajo y poder hacer en la vida más fácil o agradable dándoles cursos de movilidad, de cómo coger pesos, ayudándoles con instrumentos como por ejemplo tapones para el excesivo ruido en la zona de trabajo, etcétera.

Por lo que podemos decir la ergonomía es positiva tanto para la empresa como para el trabajador.

2 Objetivos

Explicar las funciones y los diferentes cometidos del celador en cuanto sus riesgos ergonómicos y conocer un poco como poder evitarlos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente, Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionado artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Qué podemos decir de la ergonomía con el trabajo del celador, en la ergonomía en relación con el celador siempre diremos que el mayor problema que tiene el celador es la carga física, ya que el celador es el personal en las instituciones sanitarias que más tira de pesos. El celador se encarga de todo el traslado de aparatos y mobiliario de una institución, sin contar que ayudará siempre al movimiento de los enfermos encamados por lo que las estadísticas siempre refieren que el celador sufre de muchos problemas por la carga física como por ejemplo contracturas, calambres, rotura de fibras, hernias discales, lumbalgias, ciática y así innumerables enfermedades por la fatiga física y el sobreesfuerzo.

Normalmente, las propias empresas suelen dar cursos a los celadores para que aprendan a movilizar los enfermos y como se debe coger o llevar una carga, estos cursillos son muy importantes para una salud positiva en el celador. Tampoco podemos olvidarnos de qué deberíamos utilizar toda la ayuda que nos sirve la maquinaria para así ayudarnos con ella y no sufrir lesiones inmediatamente o en el futuro, algunos ejemplos de esta maquinaria podrían ser por ejemplo la grúa de enfermos, la grúa de enfermos nos facilita el levantar a un enfermo de la cama al sillón o para ponerlo derecho haciendo que el celador no tenga que tirar del peso del enfermo en ningún momento, otro ejemplo sería la transpaleta ya sea mecánica o manual, no tiene nada que ver tirar de una carga en los brazos o empujando a poder llevarla en la transpaleta y si encima es una transpaleta mecánica el celador no tendría que hacer ningún esfuerzo.

En resumen, el celador si no fuera por la ergonomía sufriría tanto de problemas físicos como mentales.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos ver en este artículo nos concentramos en la manipulación de cargas y pacientes enfermos, ya que el celador es donde más sufre con respecto a los riesgos ergonómicos. El celador por su puesto de trabajo está expuesto continuamente a levantar cargas y pesos por lo que tiene que saber muy bien cuáles son las posiciones adecuadas y como movilizar al paciente sin lesionarse y cuando vea que el movimiento es dudoso utilizar ayuda mecánica para no forzar y crearse una lesión, ya que mas de cincuenta por ciento de las bajas de los celadores se deben a lumbalgias, ciáticas y hernias discales.

6 Bibliografía

Temario oposición celador año 2019 de la academia Karva.
Fisiostar.com
Pubmed.
Medline.
Scielo.

Capítulo 666

EL CELADOR ANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DEL PACIENTE CON POLITRAUMATISMO

FRANCISCO JONATAN GARCESO GRUESO

MARIA ANGELES MOLINA GARCÍA

JUSTO CANALES BARTOLOME

JUAN CARLOS PÉREZ SELVA

ANTONIO HERVÁS GARCÍA

1 Introducción

El politraumatismo se refiere a la presencia de múltiples lesiones graves en diferentes áreas del cuerpo debido a un accidente o trauma. Cuando un paciente sufre politraumatismo y requiere una intervención quirúrgica, la atención médica se vuelve aún más crítica.

La intervención quirúrgica en casos de politraumatismo suele ser necesaria para estabilizar al paciente y abordar lesiones que ponen en peligro su vida. Estas cirugías pueden incluir la reparación de fracturas óseas, la detección y reparación de lesiones internas, como hemorragias internas o daño en órganos vitales, y la limpieza de heridas graves.

El equipo quirúrgico trabaja rápidamente para evaluar y tratar las lesiones más urgentes, priorizando la estabilidad del paciente. Es fundamental coordinar eficazmente con otros profesionales de la salud, como anestesiólogos, cirujanos ortopédicos y traumatólogos, para garantizar una atención integral.

Además de la cirugía, el manejo de la vía aérea, la respiración y la circulación son esenciales. Se pueden utilizar dispositivos como tubos endotraqueales o traqueostomías para garantizar la ventilación adecuada y se administran fluidos intravenosos para mantener la presión arterial.

La atención postoperatoria es crítica para la recuperación del paciente. Se monitorea de cerca su estado, y se realizan exámenes de seguimiento, como tomografías computarizadas, para evaluar cualquier complicación. Los cuidados intensivos pueden ser necesarios durante un tiempo mientras el paciente se recupera.

En resumen, en casos de politraumatismo con intervención quirúrgica, la atención médica debe ser rápida, coordinada y completa. La prioridad es salvar la vida del paciente y abordar las lesiones graves de manera efectiva para permitir una recuperación adecuada.

2 Objetivos

Mostrar 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 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 desempeña un papel crucial en la atención de un paciente con politraumatismo que requiere una intervención quirúrgica. Su presencia y acciones son

esenciales para garantizar la seguridad, el bienestar y la eficiencia en el proceso. Aquí se detallan sus funciones clave en esta situación crítica:

Preparación de la sala de operaciones: El celador debe asegurarse de que la sala de operaciones esté completamente equipada y lista para recibir al paciente. Esto incluye verificar la disponibilidad de instrumentos quirúrgicos, suministros médicos y asegurarse de que los equipos de anestesia estén en perfecto estado de funcionamiento.

Traslado del paciente: El transporte del paciente desde la unidad de cuidados intensivos o la sala de emergencias hasta la sala de operaciones debe realizarse con extrema precaución. El celador debe colaborar con el personal de enfermería y anestesia para mover al paciente de manera segura, evitando movimientos bruscos que puedan agravar las lesiones existentes.

Asistencia al equipo quirúrgico: Una vez en la sala de operaciones, el celador colabora estrechamente con el equipo médico. Puede ayudar en la preparación del paciente, como posicionarlo correctamente en la mesa quirúrgica y colocar dispositivos de monitorización. Además, está disponible para proporcionar suministros adicionales o asistir en cualquier necesidad logística que pueda surgir.

Seguridad del paciente: El celador debe estar atento a la monitorización continua del paciente durante la cirugía. Esto incluye la observación de signos vitales y la comunicación inmediata de cualquier cambio al equipo médico. Su capacidad para reaccionar rápidamente ante una emergencia es esencial para la seguridad del paciente.

Traslado postoperatorio: Después de la cirugía, el celador ayuda en el traslado del paciente desde la sala de operaciones a la unidad de recuperación. Nuevamente, la precaución y la atención a los detalles son fundamentales para minimizar el riesgo de complicaciones durante esta fase.

Mantenimiento del entorno quirúrgico: El celador también desempeña un papel importante en la limpieza y organización de la sala de operaciones después de la cirugía, preparándola para procedimientos futuros.

El celador en el caso de un paciente con politraumatismo que necesita una intervención quirúrgica desempeña un papel vital en la logística, la seguridad y el bienestar del paciente. Su colaboración cercana con el equipo médico y su capacidad para manejar situaciones de alta presión son esenciales para el éxito de la cirugía y la recuperación del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Para el paciente intervenido por politraumatismo, mi recomendación principal es mantener la calma y seguir las indicaciones médicas y de enfermería al pie de la letra. Su recuperación dependerá en gran medida de su cumplimiento con las terapias y cuidados postoperatorios.

Es importante descansar adecuadamente y seguir una dieta equilibrada para promover la curación. No dude en expresar cualquier incomodidad o dolor al personal de enfermería para que puedan proporcionar el alivio necesario.

Además, mantenga una actitud positiva y rodeado de apoyo emocional. La rehabilitación puede ser un proceso desafiante, pero con paciencia y determinación, puede mejorar gradualmente.

Finalmente, siga todas las recomendaciones médicas en cuanto a visitas de seguimiento y terapia física. La recuperación puede llevar tiempo, pero con el cuidado adecuado, tiene buenas posibilidades de una recuperación exitosa.

6 Bibliografía

Barrera, A. S., Vioque, S. M., Bayo, H. L., Cladera, P. R., Serra, A. C., & Soto, S. N. (2016). Registro prospectivo en politraumatismos graves. Análisis de 1.200 pacientes. *Cirugía Española*, 94(1), 16-21.

Capítulo 667

TAREAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE CENTROS DE SALUD

MARINA GUERRERO GARCIA

NURIA CARRASCO MURILLO

FRANCISCO JOSÉ VERGAZ TORRECILLA

PATRICIA VERDÚ CHUMILLAS

ANA MARÍA BARRAJÓN EXPÓSITO

1 Introducción

Las tareas del auxiliar administrativo en el servicio de urgencias puede variar según el puesto que se desempeñe, pero podemos mencionar las siguientes tareas comunes a todos los auxiliares administrativos en dichos servicios urgencias de:

1. organizar, planificar, gestionar y programar la actividad asistencial para un funcionamiento eficaz.
2. abrir la hoja del paciente y solicitar la tarjeta sanitaria
- 3 ubicar al usuario no afiliado para ser atendido en las instituciones prestadoras de servicios de salud
- 4 realizar la recepción del usuario a los servicios de salud
- 5 facturar la prestación de todos los servicios, por la normativa actual
- 6 manejar los valores correspondientes de caja por cada institución

7 generar ambientes de trabajo óptimos teniendo en cuenta la salud ocupacional. Además de estas tareas antes mencionadas, es muy importante que los auxiliares estén dotados de habilidades comunicativas para poder interactuar con los pacientes de manera más eficaz, mejorando así la calidad de los servicios prestados en el servicio de atención de urgencia.

El auxiliar administrativo debe proporcionar al paciente la siguiente información:

- a) explicar el proceso de atención; debe explicar dicho proceso al paciente, incluyendo los pasos que se seguirán y los profesionales que lo atenderán
- b) derivar al paciente al profesional adecuado; según su motivo de la consulta
- c) informar de los tiempos de espera; el auxiliar administrativo debe informar al paciente sobre los tiempos de espera y cualquier otra información relevante sobre su atención

es importante que el auxiliar administrativo brinde esta información de manera clara y empática, para que el paciente se sienta cómodo y seguro.

2 Objetivos

Explicar las distintas funciones del auxiliar administrativo en el servicio de urgencias en centros 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 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 se encarga de la gestión de recursos en los servicios de urgencias de la siguiente forma:

- Brindando apoyo a la gestión de recursos y procesos de atención al paciente del servicio de urgencias.
- Organizando, gestionando, planificando y programando la actividad asistencial en el servicio de urgencias.
- Emitiendo todos los documentos generados por la asistencia a los enfermos, ya sean por admisión, traslado o alta.

- Coordinando los servicios de salud y gestionando la admisión de los pacientes en los diversos centros sanitarios.
- Abriendo la hoja del paciente y solicitando la tarjeta sanitaria, registrando los datos personales del paciente y generando la factura.

Habilidades y métodos necesarios para el auxiliar administrativo en el servicio de urgencias:

1. Habilidades efectivas de comunicación; es importante que el auxiliar tenga estas habilidades de comunicación tanto verbales como no verbales, para interactuar adecuadamente con los pacientes y mejorar la calidad de atención en el servicio de urgencias.
2. Conocimientos de gestión y organización; el auxiliar administrativo debe tener conocimientos de gestión y organización para poder organizar, gestionar, planificar y programar la actividad asistencial al servicio de urgencias.
3. Habilidad para trabajar bajo presión; el servicio de urgencias puede ser un entorno estresante y demandante, por lo que el auxiliar administrativo debe tener habilidad para trabajar bajo dicha presión.
4. Conocimientos en facturación y normatividad; para poder facturar la prestación de servicios según la normativa vigente.
5. Habilidades para trabajar en equipo; el auxiliar administrativo debe tener habilidad para trabajar en equipo con otros profesionales de la salud en el servicio de urgencias.
6. Empatía y respeto; es importante que el auxiliar tenga empatía y respeto hacia los pacientes, para que estos se sientan cómodos y seguros en el servicio de urgencias.

Todos esto es importante para poder brindar una atención de calidad en el servicio de urgencias.

Información que solicita un auxiliar administrativo a los pacientes en servicios de urgencias:

1. Tarjeta sanitaria; una vez abierta la hoja del paciente pueden solicitar la tarjeta del paciente.
2. Datos personales; pueden solicitar al paciente datos personales como el nombre completo, fecha de nacimiento, dirección y número de teléfono.
3. Motivo de la consulta; es importante que los auxiliares conozcan el motivo de esta consulta para poder derivarlo al profesional adecuado
4. Antecedentes médicos: los auxiliares administrativos pueden solicitar información sobre los antecedentes médicos del paciente, como enfermedades previas, alergias, medicamento que toma, entre otros

5. Información de contacto; en caso de ser necesario, los auxiliares pueden solicitar información de contacto de un familiar o persona cercana al paciente

Es importante destacar que la comunicación entre ambos debe ser fluida y empática, para que el paciente se sienta cómodo y seguro siguiendo estas pautas, los auxiliares administrativos consiguen hacer su trabajo de forma eficaz y que los pacientes se sientan bien atendidos y con unos servicios de atención de calidad. Es importante que el personal auxiliar administrativo tenga herramientas de organización adecuadas para poder brindar una atención de calidad en el servicio de urgencias. Para mejorar la organización y planificación de la actividad asistencial en el servicio de urgencias, un auxiliar administrativo puede seguir las siguientes recomendaciones:

Conocer las normativas y protocolos: Es importante que el auxiliar administrativo conozca las normativas y protocolos establecidos para el servicio de urgencias, para poder organizar y planificar la actividad asistencial de manera efectiva.

Utilizar herramientas informáticas: Los auxiliares administrativos pueden utilizar herramientas informáticas para gestionar citas, organizar archivos de pacientes y procesar datos.

Coordinar con el personal médico y de enfermería: Es fundamental que el personal administrativo se coordine con el personal médico y de enfermería para organizar y planificar la actividad asistencial de manera eficiente.

Priorizar la atención según la gravedad: Los auxiliares administrativos deben priorizar la atención según la gravedad de los pacientes, para garantizar una atención adecuada y oportuna.

Mantener una comunicación efectiva: Es importante que el personal administrativo mantenga una comunicación efectiva con los pacientes y sus familiares, para informarles sobre los procedimientos y tiempos de espera.

Ser proactivo: Los auxiliares administrativos pueden ser proactivos en la identificación de problemas y en la búsqueda de soluciones para mejorar la organización y planificación de la actividad asistencial.

Además, es importante que el auxiliar administrativo tenga habilidades comunicativas y éticas, y sea capaz de desenvolverse adecuadamente en los diferentes escenarios de las instituciones de salud y ambientes humanos complejos. Ofrecer un trato amable y cordial: El personal administrativo debe tratar al paciente con respeto y empatía, mostrando interés en la conversación y contacto visual.

Un buen trabajo por parte del auxiliar administrativo, enfocado a los sanitarios del centro, hacen que sus tareas estén bien organizadas, y puedan realizar su trabajo con mayor efectividad y eficacia.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del auxiliar administrativo en el servicio de urgencias de centros de salud es fundamental para garantizar la calidad y eficiencia en la atención médica. Algunas de las tareas específicas que realizan incluyen la organización, gestión y planificación de la actividad asistencial, la gestión de citas y archivos de pacientes, la admisión de pacientes, y el apoyo en tareas administrativas y asistenciales. Para mejorar en su labor, los auxiliares administrativos pueden adquirir habilidades comunicativas, escuchar activamente, adaptar su lenguaje, mostrar empatía, ser amables y cordiales, y utilizar gestos y expresiones faciales. Además, es importante que se coordinen con el personal médico y de enfermería, prioricen la atención según la gravedad, mantengan una comunicación efectiva y sean proactivos en la identificación de problemas y soluciones. En resumen, el trabajo del auxiliar administrativo en el servicio de urgencias es esencial para garantizar una atención médica de calidad y eficiente.

6 Bibliografía

- 1 revista médica
- 2 revista sanitaria de investigación RSI
- 3 congreso virtual sicepa 2023

Capítulo 668

EL CELADOR ANTE EL PACIENTE QUE INGRESA EN URGENCIAS PROCEDENTE DE ACCIDENTE DE TRÁFICO

MARIA ANGELES MOLINA GARCÍA

FRANCISCO JONATAN GARCESO GRUESO

JUAN CARLOS PÉREZ SELVA

JUSTO CANALES BARTOLOME

ANTONIO HERVÁS GARCÍA

1 Introducción

Un paciente procedente de un accidente de tráfico llega al hospital en una situación crítica que requiere atención médica inmediata. El equipo médico se moviliza rápidamente para evaluar y estabilizar al paciente. La primera prioridad es asegurar que las vías respiratorias estén despejadas y que la ventilación sea adecuada. Se realiza una intubación endotraqueal para garantizar una adecuada oxigenación.

La evaluación inicial revela múltiples fracturas en las extremidades, así como una posible lesión en la columna vertebral. Se realizan radiografías y escaneos para

evaluar la extensión de estas lesiones. Se administra analgesia y se inmovilizan las fracturas para minimizar el dolor y prevenir un mayor daño.

El paciente también presenta signos de hemorragia interna debido a la fuerza del impacto. Se le transfunden productos sanguíneos para estabilizar su presión arterial y se lleva a cabo una cirugía de emergencia para detener la hemorragia y reparar las lesiones internas.

El trauma craneoencefálico es una preocupación, y se realiza una tomografía computarizada para evaluar posibles lesiones cerebrales. Se vigila de cerca la presión intracraneal y se administran medicamentos para controlarla.

El paciente se encuentra en estado crítico y se mantiene en la unidad de cuidados intensivos para una monitorización constante. El equipo médico trabaja incansablemente para estabilizarlo y proporcionar el mejor cuidado posible.

El apoyo emocional a la familia del paciente también es esencial en esta situación estresante. La recuperación será un proceso largo y desafiante, pero el compromiso del equipo médico es brindar la mejor atención posible para ayudar al paciente en su camino hacia la recuperación.

2 Objetivos

- Describir 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 con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El celador desempeña un papel fundamental en el proceso de atención a un paciente que ingresa en urgencias procedente de un accidente de tráfico. Su función

principal es garantizar el bienestar y la comodidad del paciente mientras se encuentra en el hospital, colaborando estrechamente con el personal médico y de enfermería. A continuación, se detallan algunas de las funciones clave del celador en esta situación:

Recepción del paciente: El celador a menudo es el primero en entrar en contacto con el paciente y su familia al llegar al hospital. Debe recibirlos con empatía y brindarles orientación sobre el proceso de ingreso, lo que puede ser especialmente reconfortante en situaciones de estrés.

Traslado seguro: Si el paciente no puede caminar o moverse por sí mismo debido a las lesiones, el celador es responsable de trasladarlo de manera segura desde la ambulancia o la sala de recepción a la camilla o la sala de examen. Esto requiere habilidades de manejo de camillas y conocimientos sobre cómo evitar lesiones adicionales.

Asistencia en la movilización: En muchos casos, el paciente accidentado puede tener dificultades para moverse. El celador colabora con el personal de enfermería para cambiar de posición al paciente, garantizando su comodidad y previniendo úlceras por presión.

Apoyo durante procedimientos: Durante la evaluación médica y los procedimientos, el celador puede ser necesario para asistir al personal médico y de enfermería, proporcionando suministros, ayudando con la logística y asegurando que el paciente esté cómodo y seguro.

Transporte a pruebas diagnósticas: Cuando sea necesario, el celador acompañará al paciente a radiografías, tomografías u otros exámenes diagnósticos. Su tarea es asegurarse de que el paciente esté listo para la prueba y de que regrese a la sala de emergencias de manera segura.

Comunicación con la familia: El celador puede actuar como un enlace entre el personal médico y la familia del paciente, brindando información sobre el estado y el progreso del paciente siempre que sea apropiado.

Mantenimiento del orden y la limpieza: El celador también es responsable de mantener limpias y ordenadas las áreas de atención al paciente, lo que es esencial para prevenir infecciones y garantizar un entorno de atención seguro.

En resumen, el celador desempeña un papel crucial en el proceso de atención a pacientes que ingresan en urgencias después de un accidente de tráfico. Su

capacidad para brindar apoyo físico y emocional, garantizar la seguridad y el confort del paciente, y colaborar eficazmente con el personal médico y de enfermería contribuye significativamente a la atención integral que se brinda en estas situaciones críticas.

5 Discusión-Conclusión

La empatía del celador hacia el paciente procedente de un accidente de tráfico y sus familiares es esencial en situaciones tan críticas. El celador debe demostrar comprensión y sensibilidad hacia el estrés y la ansiedad que pueden experimentar. Al recibir al paciente, una sonrisa amable y palabras de apoyo pueden marcar la diferencia. Durante el traslado y las intervenciones, el celador debe ser paciente, tranquilizador y estar atento a las necesidades del paciente, brindando consuelo cuando sea necesario.

La comunicación con los familiares también es crucial. El celador debe ser un puente de información honesta y compasiva, explicando el proceso y proporcionando actualizaciones sobre la condición del paciente. La empatía ayuda a crear un ambiente de confianza y apoyo, ayudando tanto al paciente como a los familiares a sobrellevar la situación de manera más efectiva y humanizada.

6 Bibliografía

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

Capítulo 669

EL CELADOR ANTE LA INTERVENCIÓN DE UN PACIENTE CON COVID-19

MARIA ANGELES MOLINA GARCÍA

ANTONIO HERVÁS GARCÍA

FRANCISCO JONATAN GARCESO GRUESO

JUAN CARLOS PÉREZ SELVA

JUSTO CANALES BARTOLOME

1 Introducción

Estar enfermo de COVID-19 es una experiencia desafiante que puede variar significativamente de una persona a otra. Los síntomas más comunes incluyen fiebre, tos, dificultad para respirar, fatiga y pérdida del gusto o el olfato. Algunos pacientes pueden experimentar síntomas más graves, como neumonía, lo que puede requerir hospitalización y atención médica intensiva.

El impacto emocional también es significativo. La preocupación por la salud propia y de los seres queridos, el aislamiento social y la incertidumbre pueden generar estrés y ansiedad. Además, la fatiga persistente, conocida como "COVID prolongado", puede afectar a algunos pacientes durante semanas o incluso meses después de recuperarse de la enfermedad.

Es fundamental seguir las recomendaciones de las autoridades de salud, como el distanciamiento social, el uso de mascarillas y la vacunación, para prevenir la propagación del virus. La vacuna contra el COVID-19 ha demostrado ser una herramienta eficaz para reducir la gravedad de la enfermedad y prevenir hospitalizaciones y muertes.

La recuperación de COVID-19 varía, pero la mayoría de las personas se recupera en unas pocas semanas. Sin embargo, es esencial seguir cuidando la salud, mantenerse informado y apoyar a quienes están pasando por esta experiencia. La solidaridad y la empatía son fundamentales para superar esta pandemia global.

2 Objetivos

- Mostrar las funciones que tiene el celador en las distintas tareas e intervenciones que son de su competencia ante la intervención de un paciente con covid-19.

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 desempeña un papel crucial en la atención de pacientes con COVID-19, contribuyendo significativamente al funcionamiento eficiente y seguro de los hospitales y centros de salud durante la pandemia. A continuación, se describen algunas de las funciones clave que un celador puede realizar ante un enfermo de COVID-19:

- Transporte y movilización de pacientes:

Los celadores son responsables de trasladar a los pacientes de un lugar a otro dentro del hospital, ya sea para realizar pruebas, llevarlos a quirófano o a otras áreas de atención. En el caso de pacientes con COVID-19, esto implica asegurarse de que se sigan estrictas medidas de bioseguridad para prevenir la propagación del virus.

- Apoyo emocional:

Los celadores a menudo tienen un contacto cercano con los pacientes, y pueden proporcionar apoyo emocional al hablar con ellos, escuchar sus preocupaciones y tranquilizarlos en momentos de ansiedad o miedo, lo que es especialmente importante en el caso de pacientes con COVID-19 que pueden sentirse aislados y temerosos.

- Control de accesos y medidas de seguridad:

Los celadores son responsables de controlar el acceso de personas a las áreas de atención médica y garantizar que se cumplan las medidas de seguridad, como el uso adecuado de equipos de protección personal (EPP) por parte del personal y visitantes.

- Limpieza y desinfección:

Colaboran en mantener las áreas de atención limpias y desinfectadas, lo que es crítico en la prevención de la propagación del virus. Esto puede incluir la limpieza de camas, sillas de ruedas y otras superficies utilizadas por los pacientes con COVID-19.

- Manejo de equipos médicos:

Los celadores pueden ayudar en la instalación y manejo de equipos médicos, como respiradores o monitores, para garantizar que funcionen correctamente y estén disponibles cuando se necesiten.

- Colaboración en procedimientos médicos:

En algunas situaciones, los celadores pueden ser requeridos para asistir en procedimientos médicos, como la preparación de un paciente para una cirugía o la recolección de muestras médicas, siguiendo protocolos rigurosos de seguridad.

- Comunicación con el personal de salud:

Los celadores sirven como vínculo de comunicación entre el personal médico y de enfermería, facilitando la transmisión de información relevante sobre el estado de los pacientes y cualquier necesidad especial.

Los celadores desempeñan un papel esencial en la atención de pacientes con COVID-19 al garantizar que se sigan las pautas de seguridad, proporcionar apoyo emocional y contribuir al funcionamiento eficiente de los hospitales. Su dedicación y compromiso son fundamentales para brindar atención de calidad durante esta pandemia.

5 Discusión-Conclusión

La empatía del celador hacia los pacientes con COVID-19 es esencial en el entorno de atención médica. En primer lugar, el celador debe comprender la angustia y

el miedo que siente el paciente al enfrentar una enfermedad desconocida y, a menudo, aislante. Esto implica escuchar activamente sus preocupaciones, ofrecer palabras de aliento y mostrar comprensión ante sus emociones.

En segundo lugar, la empatía se refleja en la atención a los detalles.

Los celadores deben prestar atención a las necesidades específicas de cada paciente, asegurándose de que se sientan cómodos, seguros y bien atendidos. Esto incluye brindar apoyo en la movilización, mantener una comunicación amable y considerada, y ser sensibles a cualquier señal de malestar o ansiedad, lo que puede contribuir significativamente a la recuperación emocional y física de los pacientes afectados por la COVID-19.

6 Bibliografía

1. González-Salazar, L. E., Guevara-Cruz, M., Hernández-Gómez, K. G., & Serralde-Zúñiga, A. E. (2020). Manejo nutricional del paciente hospitalizado críticamente enfermo con COVID-19. Una revisión narrativa. *Nutrición Hospitalaria*, 37(3), 622-630.

Capítulo 670

EL CELADOR ANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE CÁNCER DE MAMA

MARIA ANGELES MOLINA GARCÍA

FRANCISCO JONATAN GARCESO GRUESO

JUAN CARLOS PÉREZ SELVA

JUSTO CANALES BARTOLOME

ANTONIO HERVÁS GARCÍA

1 Introducción

El cáncer de mama es una enfermedad maligna que se origina en las células del tejido mamario. Es uno de los tipos de cáncer más comunes en las mujeres, aunque también puede afectar a los hombres, aunque en menor medida. Se caracteriza por el crecimiento descontrolado de células anormales en la mama, formando un tumor.

Los factores de riesgo incluyen antecedentes familiares de cáncer de mama, mutaciones genéticas, edad avanzada, exposición a radiación, terapia hormonal, obesidad y consumo de alcohol. El diagnóstico temprano es fundamental para el tratamiento exitoso.

Los síntomas pueden variar, pero a menudo incluyen la presencia de un bulto en la mama, cambios en la forma o tamaño de la mama, secreción anormal del pezón, enrojecimiento o hinchazón de la piel, y dolor mamario.

El diagnóstico se realiza mediante mamografías, ultrasonidos, biopsias y resonancias magnéticas. El tratamiento puede incluir cirugía para extirpar el tumor (mastectomía o lumpectomía), radioterapia, quimioterapia, terapia dirigida y terapia hormonal, según la etapa y tipo de cáncer.

La prevención es clave. Las revisiones médicas regulares y la autoexploración mamaria pueden ayudar a detectar anomalías temprano. Además, llevar un estilo de vida saludable, limitar la ingesta de alcohol y evitar la terapia hormonal innecesaria pueden reducir el riesgo.

El apoyo emocional es fundamental para quienes enfrentan esta enfermedad, ya que puede ser física y emocionalmente desafiante. Grupos de apoyo, terapia y el respaldo de amigos y familiares son esenciales en el proceso de recuperación.

El cáncer de mama es una enfermedad grave que afecta principalmente a las mujeres, pero también puede afectar a los hombres. La detección temprana y el tratamiento adecuado son cruciales para aumentar las tasas de supervivencia y mejorar la calidad de vida de quienes lo padecen. La prevención y el apoyo son fundamentales en la lucha contra esta enfermedad.

2 Objetivos

- Mostrar las funciones que tiene el celador en las distintas tareas e intervenciones que son de su competencia ante la intervención quirúrgica de cáncer de mama

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 desempeña un papel esencial en la intervención quirúrgica de cáncer de mama, asegurando la eficiencia y el bienestar de los pacientes. Sus funciones abarcan varios aspectos fundamentales:

- Preparación de quirófano:

El celador colabora en la preparación del quirófano antes de la cirugía. Esto incluye asegurarse de que todos los equipos médicos y suministros necesarios estén en su lugar, como el instrumental quirúrgico, las suturas, el equipo de anestesia y la tecnología de imagen, garantizando un entorno seguro y estéril.

- Traslado del paciente:

Es responsabilidad del celador trasladar al paciente desde su habitación o sala de espera hasta la sala de cirugía. Esto se hace con precaución y empatía, ya que puede ser un momento estresante para el paciente y sus familiares.

- Apoyo al equipo médico:

Durante la cirugía, el celador está disponible para ayudar al equipo médico en lo que necesiten. Esto puede incluir la entrega de instrumentos, muestras de tejido para biopsia, o colaborar en la preparación y el posicionamiento del paciente en la mesa quirúrgica.

- Mantenimiento del orden:

El celador mantiene el orden en el quirófano, asegurándose de que los espacios estén limpios y organizados. Esto es crucial para prevenir infecciones y garantizar que todo funcione sin problemas durante la cirugía.

- Comunicación con familiares:

En algunos casos, el celador puede ser la persona que brinde información a los familiares sobre el progreso de la cirugía. Esto requiere habilidades de comunicación sensibles y una comprensión de la privacidad del paciente.

- Traslado postoperatorio:

Después de la cirugía, el celador se encarga de trasladar al paciente de regreso a su habitación o área de recuperación. Nuevamente, esto se hace con cuidado y atención a las necesidades del paciente.

- Limpieza y esterilización:

Al final de la cirugía, el celador colabora en la limpieza del quirófano y en la esterilización de los instrumentos utilizados, preparándolos para futuros procedimientos.

- Asistencia general:

Además de estas funciones específicas, el celador también puede ser llamado para brindar asistencia general en el hospital, como transportar pacientes a otros departamentos o apoyar en situaciones de emergencia.

El celador juega un rol esencial en el proceso quirúrgico de cáncer de mama, garantizando que la cirugía se realice de manera eficiente, segura y con un enfoque en el bienestar del paciente. Su trabajo contribuye significativamente al funcionamiento general del hospital y al cuidado de quienes enfrentan esta enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Después de la cirugía de cáncer de mama, el papel del celador es vital en el proceso de recuperación del paciente. Se recomienda que el celador brinde apoyo y cuidado compasivo a la paciente, asegurándose de que esté cómoda y tranquila en su habitación de recuperación. Debe estar atento a cualquier señal de malestar o necesidad de la paciente y comunicarlo al personal médico de manera oportuna. Además, es esencial mantener un ambiente limpio y ordenado en la habitación de la paciente, garantizando que tenga acceso a sus pertenencias personales y a cualquier equipo médico necesario. El celador debe explicar claramente los procedimientos posteriores a la cirugía y ayudar en el traslado de la paciente cuando sea necesario.

En resumen, el celador debe ser un apoyo amable y eficiente para la paciente después de la cirugía de cáncer de mama, contribuyendo a su bienestar y comodidad durante el proceso de recuperación.

6 Bibliografía

1. Klijn, J. G. M., Blamey, R. W., Boccardo, F., Tominaga, T., Duchateau, L., & Sylvester, R. (2001). Cáncer de mama avanzado (II). *Journal of clinical oncology*, 19, 343-353.

Capítulo 671

TAREAS QUE DESEMPEÑA EL CELADOR EN EL ASEO DEL PACIENTE GRAN QUEMADO

DIEGO GUZMÁN LOPEZ

JORGE GUZMÁN LÓPEZ

MARÍA ESTELA CORRALES FERNÁNDEZ

M CARMEN NAVARRO RAYA

SARAY RODRÍGUEZ

1 Introducción

Un paciente con quemaduras graves, comúnmente denominado "gran quemado", enfrenta una situación médica crítica y compleja que requiere atención especializada y cuidados intensivos. Las quemaduras graves pueden resultar de diversos factores, como incendios, exposición a productos químicos corrosivos o accidentes. Estas lesiones afectan no solo la piel sino también los tejidos subyacentes y pueden poner en peligro la vida.

El tratamiento de un paciente con quemaduras graves se inicia con la estabilización de sus funciones vitales. Esto incluye la evaluación y el manejo de la vía aérea, la respiración y la circulación, así como el control del dolor y la prevención de infecciones. Los pacientes pueden requerir intubación y ventilación

mecánica, así como la administración de líquidos intravenosos para mantener la presión arterial y la hidratación.

Además, se realiza una evaluación exhaustiva de las quemaduras para determinar su extensión y profundidad. Esto es crucial para planificar el tratamiento, que puede incluir cirugías de desbridamiento para eliminar el tejido dañado y procedimientos de injerto de piel para cubrir las áreas afectadas.

El paciente gran quemado a menudo necesita una atención a largo plazo, que puede incluir fisioterapia, terapia ocupacional y apoyo psicológico para abordar las secuelas físicas y emocionales de las quemaduras graves.

El tratamiento de un paciente gran quemado es un proceso complejo y multidisciplinario que requiere la atención de un equipo médico especializado. La atención se centra en la estabilización, la evaluación y la atención a largo plazo para lograr la recuperación óptima del paciente y minimizar las complicaciones.

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 rol del celador en el cuidado de un paciente con quemaduras graves, también conocido como "paciente gran quemado", es de suma importancia para garantizar la atención integral y el bienestar de la persona afectada. Sus funciones son variadas y abarcan desde la asistencia en la movilización hasta el apoyo emocional. Aquí se detallan algunas de las principales responsabilidades del celador en esta situación:

Apoyo emocional: El celador debe ser compasivo y empático, reconociendo la angustia y el estrés que enfrenta el paciente gran quemado. Brindar apoyo emocional y mostrar preocupación genuina puede ayudar a calmar sus temores y ansiedades.

Ayuda en la movilización: Los pacientes con quemaduras graves pueden experimentar dificultades para moverse debido a las lesiones y los vendajes. El celador puede ayudar en la movilización segura del paciente, garantizando que se giren o cambien de posición adecuadamente para prevenir complicaciones como úlceras por presión.

Apoyo en la higiene y cuidado personal: Los pacientes con quemaduras graves pueden requerir asistencia en la higiene diaria y el aseo personal. El celador puede colaborar en la preparación de baños o cambios de vendajes, siguiendo las indicaciones del personal de enfermería o médico.

Traslados y transporte: El celador es responsable de trasladar al paciente a diferentes áreas del hospital, ya sea para realizar exámenes médicos, procedimientos o terapias. Es esencial que estos traslados se realicen con cuidado y seguridad.

Colaboración en procedimientos: Puede asistir durante procedimientos médicos, como cambios de vendajes o curaciones, bajo la supervisión del personal de enfermería o médico. Asegura que los materiales necesarios estén disponibles y que el paciente esté cómodo.

Mantenimiento de la seguridad: Garantiza que el entorno del paciente esté libre de obstáculos y riesgos, reduciendo el potencial de accidentes. Esto es particularmente importante debido a la vulnerabilidad de los pacientes con quemaduras graves.

Comunicación con el equipo médico: El celador es un enlace importante entre el paciente y el equipo médico. Debe comunicar cualquier cambio en el estado del paciente o sus necesidades al personal de enfermería o médico para una atención óptima.

Cumplimiento de protocolos: Sigue rigurosamente los protocolos de higiene y control de infecciones para prevenir complicaciones y garantizar la seguridad del paciente.

El celador desempeña un papel crucial en el apoyo y el cuidado de un paciente gran quemado. Su trabajo abarca desde el apoyo emocional hasta la asistencia en

la movilización y la colaboración en procedimientos médicos, contribuyendo a la atención integral y segura de la persona afectada.

5 Discusión-Conclusión

El aseo del paciente gran quemado es una tarea delicada y esencial en su proceso de recuperación. Mi recomendación principal para el celador es abordar esta tarea con extrema precaución y empatía. En primer lugar, asegúrate de seguir las indicaciones precisas del personal médico y de enfermería en cuanto al manejo de las quemaduras y el aseo. Utiliza productos suaves y apropiados para evitar irritaciones o daño adicional a la piel afectada.

En segundo lugar, el paciente gran quemado puede experimentar dolor o molestias durante el aseo debido a sus lesiones. Es fundamental comunicarte de manera clara y compasiva con el paciente, explicar cada paso y brindar apoyo emocional. Escucha atentamente sus necesidades y tolerancia al dolor, adaptando tu enfoque para minimizar su incomodidad.

El aseo del paciente gran quemado requiere sensibilidad y precisión. Siguiendo las pautas médicas y brindando un cuidado compasivo, el celador puede contribuir significativamente al bienestar del paciente en su proceso de recuperación.

6 Bibliografía

Pérez Alcocer, A. (2015). El papel del celador en el hospital.

Capítulo 672

TAREAS QUE DESEMPEÑA EL CELADOR EN LA COLOCACIÓN DE LA MEDICACIÓN HOSPITALARIA

DIEGO GUZMÁN LOPEZ

JORGE GUZMÁN LÓPEZ

MARÍA ESTELA CORRALES FERNÁNDEZ

M CARMEN NAVARRO RAYA

SARAY RODRÍGUEZ

1 Introducción

La medicación hospitalaria se refiere al conjunto de medicamentos y terapias farmacológicas utilizados en el entorno hospitalario para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades. Esta categoría de medicamentos es diversa y abarca desde fármacos utilizados en cirugía y cuidados intensivos hasta aquellos empleados en la gestión de enfermedades crónicas o afecciones agudas.

En un hospital, la medicación se administra bajo estricta supervisión médica y de enfermería para garantizar la seguridad y eficacia del tratamiento. Esto incluye la correcta dosificación, administración y monitoreo de posibles efectos secundarios.

La medicación hospitalaria puede ser suministrada de diversas formas, como por vía oral, intravenosa, intramuscular o tópica, dependiendo de las necesidades del paciente y la naturaleza de la enfermedad o condición que se está tratando.

Es importante destacar que los hospitales mantienen un riguroso control de inventario y cumplen con normativas específicas para garantizar la disponibilidad y el almacenamiento adecuado de medicamentos, así como para minimizar el riesgo de errores en la administración.

La medicación hospitalaria comprende la amplia gama de fármacos y terapias utilizados en el ámbito hospitalario con el objetivo de proporcionar atención médica, tratar enfermedades y mejorar la salud de los pacientes. Su administración se lleva a cabo de manera rigurosa y bajo supervisión profesional para garantizar su eficacia y seguridad.

2 Objetivos

- Mostrar las funciones que tiene el celador en la colocación de la medicina hospitalaria.

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

La colocación de medicación hospitalaria es un proceso crítico en la atención médica, y el celador desempeña un papel importante en este aspecto. Sus funciones se centran en garantizar que la administración de medicamentos sea segura, precisa y eficiente.

Aquí se describen algunas de las principales responsabilidades del celador en la colocación de medicación hospitalaria:

- Preparación de medicamentos:

El celador puede ser responsable de preparar los medicamentos siguiendo estrictamente las indicaciones y dosificaciones proporcionadas por el personal médico o de enfermería. Esto incluye la verificación de etiquetas, la preparación de

jeringas o soluciones intravenosas y la organización de los medicamentos para su administración.

- Entrega segura:

El celador colabora con el personal de enfermería para entregar los medicamentos a las habitaciones de los pacientes o a las áreas clínicas correspondientes. Durante este proceso, se asegura de que los medicamentos estén claramente etiquetados y de que se tomen precauciones para evitar errores.

- Registro y documentación:

Es esencial mantener registros precisos de la administración de medicamentos, incluyendo la hora, la dosis, el paciente y el tipo de medicamento. El celador puede asistir en la documentación de manera adecuada y oportuna.

- Cumplimiento de protocolos de seguridad:

El celador debe seguir rigurosamente los protocolos de seguridad en la administración de medicamentos para prevenir errores o incidentes. Esto incluye verificar la identidad del paciente y garantizar la compatibilidad de los medicamentos administrados.

- Colaboración con el equipo de salud:

Trabaja en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería para proporcionar apoyo en la administración de medicamentos. Puede ayudar en la identificación de posibles problemas o reacciones adversas.

- Educación al paciente:

En algunos casos, el celador puede ser responsable de proporcionar información básica al paciente sobre los medicamentos que se le administran, como nombres y posibles efectos secundarios. Esto contribuye a una participación activa del paciente en su tratamiento.

- Mantenimiento del área de trabajo:

El celador debe mantener un entorno de trabajo limpio y ordenado, asegurando que los suministros y medicamentos estén debidamente almacenados y etiquetados.

El celador juega un papel fundamental en la colocación de medicación hospitalaria, garantizando que los medicamentos se administren de manera segura y eficiente. Su colaboración con el equipo de salud y el cumplimiento de protocolos de seguridad son esenciales para brindar atención médica de calidad a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación clave para el celador en la colocación de medicación hospitalaria es la atención meticulosa a los detalles y la priorización de la seguridad del paciente. Esto implica verificar dosis, nombres de medicamentos y asegurarse de que todo esté correctamente etiquetado antes de la administración. La comunicación efectiva con el personal de enfermería es esencial para aclarar cualquier duda y confirmar la precisión de las órdenes médicas.

Además, el celador debe mantener un ambiente de trabajo ordenado y organizado para evitar confusiones y errores. La higiene de las manos y el cumplimiento de protocolos de control de infecciones son fundamentales para prevenir contaminaciones cruzadas.

En última instancia, la seguridad del paciente es la prioridad máxima. Siempre que surja alguna preocupación o incertidumbre, el celador debe buscar orientación y asistencia del personal de enfermería o médico. La colaboración y la atención cuidadosa a los detalles son esenciales para garantizar la administración precisa y segura de la medicación hospitalaria.

6 Bibliografía

1. Pérez Alcocer, A. (2015). El papel del celador en el hospital.

Capítulo 673

TAREAS QUE DESEMPEÑA EL CELADOR EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA

DIEGO GUZMÁN LOPEZ

JORGE GUZMÁN LÓPEZ

MARÍA ESTELA CORRALES FERNÁNDEZ

M CARMEN NAVARRO RAYA

SARAY RODRÍGUEZ

1 Introducción

El servicio de rehabilitación hospitalaria es un componente integral de la atención médica que se brinda a pacientes con enfermedades, lesiones o discapacidades con el objetivo de ayudarles a recuperar su funcionalidad física, mental y emocional. Este servicio se proporciona en un entorno hospitalario y se enfoca en mejorar la calidad de vida de los pacientes y facilitar su reintegración a la sociedad.

La rehabilitación hospitalaria abarca una amplia gama de condiciones, que van desde lesiones traumáticas como fracturas o lesiones cerebrales hasta enfermedades crónicas como accidentes cerebrovasculares, amputaciones o enfermedades neuromusculares. Su enfoque es multidisciplinario, involucrando a un

equipo de profesionales de la salud que incluye médicos rehabilitadores, terapeutas físicos, ocupacionales, del habla, psicólogos, trabajadores sociales y otros especialistas según las necesidades individuales del paciente.

El proceso de rehabilitación comienza con una evaluación exhaustiva de las capacidades y limitaciones del paciente. A partir de ahí, se desarrolla un plan de tratamiento personalizado que puede incluir terapias físicas para mejorar la movilidad y la fuerza, terapias ocupacionales para recuperar habilidades funcionales, terapias del habla para abordar problemas de comunicación y terapias psicológicas para gestionar el estrés emocional y la adaptación a la discapacidad. La rehabilitación hospitalaria se lleva a cabo en un ambiente seguro y controlado, donde los pacientes reciben apoyo constante y entrenamiento para maximizar su independencia y calidad de vida. El objetivo final es que los pacientes alcancen su nivel óptimo de funcionamiento y puedan reintegrarse a sus actividades diarias de manera satisfactoria.

El servicio de rehabilitación hospitalaria es un componente esencial de la atención médica que se enfoca en la recuperación y mejora de la funcionalidad de pacientes con diversas condiciones de salud. Este enfoque multidisciplinario busca mejorar la calidad de vida y la independencia de los pacientes, ayudándolos a alcanzar su máximo potencial de recuperación y reintegración en la sociedad.

2 Objetivos

- Mostrar las funciones que tiene el celador en el servicio de rehabilitación hospitalaria.

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 rol del celador en el servicio de rehabilitación hospitalaria es esencial para garantizar un ambiente seguro, apoyar a los pacientes y colaborar con el personal médico y de enfermería. Sus funciones son diversas y abarcan un amplio espectro de actividades destinadas a facilitar el proceso de rehabilitación de los pacientes. Aquí se describen algunas de las funciones clave:

- Asistencia en la movilización:

El celador puede ayudar a los pacientes a moverse dentro del hospital, especialmente aquellos que tienen dificultades de movimiento debido a lesiones o cirugías. Esto incluye acompañarlos a terapias y actividades de rehabilitación.

- Colaboración en terapias: Puede colaborar en sesiones de terapia física, ocupacional o de lenguaje bajo la supervisión del terapeuta correspondiente. Ayuda en la preparación de equipos y asegura la comodidad y seguridad de los pacientes durante las sesiones terapéuticas.

- Seguridad y bienestar:

Es responsable de garantizar un entorno seguro en el área de rehabilitación, eliminando obstáculos y previniendo caídas o accidentes. También puede colaborar en la identificación de riesgos y en la implementación de medidas preventivas.

- Transporte de pacientes:

Facilita el traslado de pacientes desde y hacia el área de rehabilitación, así como a otros departamentos del hospital para exámenes o procedimientos relacionados con su recuperación.

- Asistencia en la higiene personal:

Ayuda a los pacientes con sus necesidades de higiene y aseo personal, lo que es fundamental para mantener su dignidad y bienestar durante su estancia en el hospital.

- Apoyo emocional:

Brinda apoyo emocional a los pacientes que pueden sentirse frustrados o desanimados durante su proceso de rehabilitación. Escuchar sus preocupaciones y proporcionar compañía puede tener un impacto positivo en su recuperación.

- Comunicación con el equipo de salud:

Colabora estrechamente con el personal médico y de enfermería para informar sobre el progreso de los pacientes, cambios en su estado de salud o cualquier necesidad especial que puedan tener.

- Cumplimiento de protocolos:

Sigue rigurosamente los protocolos de higiene y control de infecciones, especialmente importante en un entorno de rehabilitación donde la recuperación de los

pacientes puede ser más vulnerable a las infecciones.

En resumen, el celador en el servicio de rehabilitación hospitalaria desempeña un papel integral en el proceso de recuperación de los pacientes. Su labor va más allá de la asistencia física, ya que también contribuye al bienestar emocional y la seguridad de quienes están en rehabilitación, colaborando estrechamente con el equipo médico para lograr una atención integral y eficaz.

5 Discusión-Conclusión

Para brindar un buen servicio de rehabilitación hospitalaria, el celador puede seguir estas recomendaciones clave. En primer lugar, la comunicación efectiva es esencial. Mantén un diálogo abierto y constante con el personal médico, de enfermería y terapeutas para estar al tanto de las necesidades y metas de rehabilitación de cada paciente.

La paciencia y la empatía son igualmente importantes. Al interactuar con los pacientes, muestra comprensión hacia sus desafíos y brinda apoyo emocional cuando sea necesario. La motivación positiva puede tener un impacto significativo en su proceso de recuperación.

Se resalta la importancia de mantener un ambiente seguro y libre de obstáculos en el área de rehabilitación y ser proactivo al identificar posibles riesgos.

Es fundamental cumplir estrictamente con los protocolos de higiene y control de infecciones para prevenir complicaciones.

Finalmente, es necesario buscar oportunidades de aprendizaje y capacitación continua para mejorar las habilidades y conocimientos en el campo de la rehabilitación hospitalaria.

La dedicación y atención a los detalles contribuirán al éxito del servicio y al bienestar de los pacientes.

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 hospitalización. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(3), 218.

Capítulo 674

EL CELADOR EN URGENCIAS

MARIA PILAR ESCOBAR INFANTE

ISABEL MARIA SARRIA ARROYO

1 Introducción

Urgencias es la unidad asistencial que, bajo la supervisión de un médico (médico coordinador de urgencias), está destinada a la atención sanitaria de pacientes con problemas de diversa índole y gravedad variable, que generan procesos agudos que necesitan de atención inmediata. El Servicio de Urgencias forma parte del área del hospital. Normalmente tiene una entrada fácilmente diferenciada para facilitar la llegada de pacientes que necesitan atención inmediata. Hay que diferenciar lo que es una urgencia y una emergencia a la hora de atender a las personas que acuden solicitando el servicio de asistencia médica urgente, motivada por diversas causas. Emergencia es una situación crítica que implica un riesgo vital para el paciente y requiere atención inmediata y urgencia es una situación que implica un riesgo para el paciente cuya atención no se debe demorar más de 24-48 horas. El celador es la primera persona que recibe a los pacientes y su aptitud y predisposición es fundamental para los pacientes que acuden al servicio de urgencias. En el servicio de urgencias es muy importante el trabajo de los celadores, ya que realiza funciones diversas y de apoyo al resto de personal sanitario, para así conseguir que la atención a los pacientes sea de calidad y la actividad se desarrolle en el servicio de forma adecuada.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la gran importancia de la figura del celador para un correcto funcionamiento del servicio de urgencias hospitalarias.

3 Metodología

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

4 Resultados

El servicio de urgencias de cada hospital sigue una distribución basada en la funcionalidad y la operatividad. Esto es así debido a que es la zona por la que suele ingresar el paciente y esto obliga a una adecuada organización, con zonas definidas y delimitadas para una correcta atención y así evitar posibles retrasos en la atención del enfermo. Un servicio de urgencias consta de varias zonas o salas, que son: admisión, sala de triaje (aquel lugar donde los facultativos y enfermeros reciben, acogen y clasifican a los enfermos), sala de atención a críticos, boxes y sala de espera y observación. En general en el servicio de urgencias las tareas principales del celador son:

- Recepción del paciente, tanto de los que vienen en ambulancia como los que vienen por medios propios. A todos los que lo necesiten se les debe ayudar en el traslado hacia el interior del servicio de urgencias, ya sea en silla de ruedas o camilla.
- Si la situación lo exige avisar al personal sanitario para que actúen lo más rápido posible.
- Mantener un número suficiente de camillas y sillas en la entrada del servicio.
- Facilitar información general no sanitaria a los enfermos y acompañantes, derivándoles en los casos.
- Vigilar las entradas de Urgencias, impidiendo que accedan personas no autorizadas a las dependencias, por ejemplo, un único acompañante de cada paciente por box.

Los boxes son departamentos internos dentro del servicio de urgencias, en los cuales el celador tiene como funciones características:

- Instalar al paciente en el interior, movilizándolo para conseguir la posición solicitada por el personal sanitario.
- Mantener en la medida de lo posible la intimidad del paciente en el interior del box.
- Trasladar al paciente a las salas de realización de pruebas diagnósticas dentro del propio servicio.
- Ayudar en la inmovilización del paciente durante la realización de pruebas o actuaciones que así lo requieran.

Al igual que en el resto de servicios, son también funciones del celador de urgencias vigilar la entrada y salida de las personas en el servicio de urgencias, controlando que sólo accedan personas autorizadas para ello.

5 Discusión-Conclusión

El celador es la primera persona que recibe a los pacientes y su aptitud y predisposición es fundamental para los pacientes que acuden al servicio de urgencias. En el servicio de urgencias es muy importante el trabajo de los celadores, ya que realiza funciones muy diversas y de apoyo al resto de personal sanitario, para así conseguir que la atención a los pacientes sea de calidad y la actividad se desarrolle en el servicio de forma adecuada. Las funciones de los celadores en el servicio de urgencias son básicas para el control y el orden de entrada de los pacientes.

6 Bibliografía

scielo, pubmed.

Capítulo 675

COCINA HOSPITALARIA, BASE DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA

ROSARIO MARTINEZ DOMINGUEZ

MARIA AURORA LÓPEZ SERRANO

ANA GARCÍA

LIDIA GIL MORENO

MARÍA JOSÉ COPETE ESPARCIA

1 Introducción

Cuando nos enfrentamos a la alimentación de personas enfermas, es decir pacientes que hacen uso del servicio de cocina de un hospital, la dieta que se debe dar tiene que ser satisfactoria tanto higiénica como nutricional. Hay numerosa legislación que así lo establece como por ejemplo el reglamento CE N.º 852/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo de 29 de abril sobre higiene de los productos alimentarios, el Real Decreto 1086/2020, el Reglamento CE 2073/2005, Reglamento (CE) 2074/2005, Dicha legislación sirve de base para el desarrollo normativo de las diferentes Comunidades Autónomas.

El sistema de autocontrol denominado APPCC cuyas siglas corresponden a Análisis de Peligros y Puntos de Control Crítico, fue un sistema pionero que se desarrolló en empresas de automóviles y que fue extendiéndose por distintos sectores. Hasta que la Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) reconocieron el APPC como

el mejor sistema disponible para garantizar la calidad alimentaria de un alimento. El desarrollo del sistema de APPCC en la cocina hospitalaria es fundamental para garantizar la seguridad alimentaria de pacientes y otros usuarios de la cocina de un hospital. Y los pinches, como integrantes del equipo de cocina deben conocer y colaborar al éxito del APPCC.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de la seguridad alimentaria 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

Los 7 principios básicos inspiradores de todo el sistema APPCC (HACCP en inglés) se encuentran en el Codex Alimentarius o Principios Generales de Higiene de los Alimentos. La Comisión del Codex Alimentarius se creó en 1962, en una conferencia conjunta de la FAO y la OMS, para redactar normas alimentarias internacionales. El Codex fue adoptado en 1969 y enmendado en 1999 con revisiones en 1997, 2013 y 2020.

La seguridad alimentaria es la garantía para que los alimentos que se ingieren en los centros hospitalarios son higiénica y organolépticamente correctos y para poder serlo, los alimentos tienen la obligación de ser seguros, la calidad sin embargo varía en función de lo que se requiera del producto. Todas aquellas medidas destinadas a garantizar la inocuidad sanitaria de los alimentos, manteniendo la calidad nutricional de los mismo son a lo que nos referimos cuando hablamos de calidad.

El APPCC es un control de alimentos que se debe llevar cabo en todas las etapas, desde la producción primaria, preparación y elaboración en el centro sanitario hasta su consumo, para ello contaremos con un proceso de integración en el que

participen tanto la dirección del hospital como el personal de la cocina hospitalaria. Pero para desarrollar e implementar un plan APPCC, antes es necesario tener en cuenta ciertos requisitos previos en la cocina del centro hospitalario como por ejemplo:

1. Estructura adecuada de la cocina hospitalaria, así como un plan de mantenimiento.
2. Agua potable en la cocina.
3. Correcta homologación de proveedores y materias primas.
4. Sistemas de control de la temperatura ambiente.
5. Instalaciones y materiales verificados.
6. Formación a trabajadores tales como cursos de manipulación de alimentos.
7. Correcta aplicación de protocolos higiénicos.
8. Tener adecuados programas de higiene, limpieza y desinfección.

El codex alimentario recomienda que para implementar un sistema de APPCC:

- Se establece un equipo de APPCC convenientemente formado.
- Una descripción exhaustiva del producto y que su uso este convenientemente identificado.
- Necesitaremos la elaboración de un diagrama de flujo y que este sea verificado in situ.
- Otra parte fundamental del sistema de APPCC es enumerar todos los posibles peligros, llevando a cabo un análisis de peligros y establecer las medidas para controlar los peligros previamente identificados.
- Determinar los puntos de control críticos, y establecer los límites críticos para cada uno de ellos.
- Una vez identificados los puntos de control crítico se establecerá un sistema de vigilancia y se pondrán en marcha las medidas correctoras pertinentes.
- Todo este sistema debe estar verificado y documentado
- Con una correcta aplicación de un plan de Análisis de Peligros y Puntos de Control Críticos conseguiremos que el higiene, inspección y control estén vigilados y documentados:

El higiene se determinará el mismo, con los resultados obtenidos después aplicar un control de calidad de los alimentos, una vez puestas en marcha las medidas de higiene establecidas.

Con la inspección conseguimos un control acorde con las normativas establecidas de la salubridad e inocuidad de los alimentos. De este control se elaborará un informe oficial que determine la aptitud o no para el consumo del alimento.

Controlar consistirá en la vigilancia diaria de los procedimientos que se llevan a cabo para garantizar que el producto o alimento tenga los estándares de calidad

establecidos.

Conseguir un correcto sistema de APPCC necesitamos la implicación y formación del personal de cocina pero también de los responsables de los diferentes departamentos de la cocina hospitalaria, como mantenimiento, limpieza, empresas de desinfección, etc. Además también son necesarios recursos económicos.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos que la seguridad alimentaria queda garantizada con la implementación de un sistema APPCC, además de una formación continuada del personal de la cocina hospitalaria. Como hemos visto este sistema reduce el número de análisis necesarios, así como su temporalidad y permite, de forma temprana, detectar posibles errores y fallos y aplicar al momento medidas preventivas. Es un mecanismo eficaz en la identificación de peligros y ayuda a la eliminación de los mismos. También es necesaria una mayor formación del trabajador, que debe estar formado como manipulador de alimentos. Todas las medidas establecidas, la formación y recursos económicos que son necesarios para la correcta implementación de sistema de APPCC deben estar enfocadas a conseguir la seguridad alimentaria plena en los centros hospitalarios.

6 Bibliografía

1. Alario Hernández, A. (2018). Implantación de un sistema de análisis de peligros y puntos críticos de control; APPCC; Seguridad alimentaria; Aseguramiento de la calidad.
2. Codex Alimentarius. (2022). Código internacional recomendado revisado de prácticas – Principios generales de higiene de los alimentos. Última revisión CAC/RCP 1-1969, Rev. 4.
3. Hernández, J. L. G. (2016). Implantación del sistema de autocontrol en microestablecimientos de restauración colectiva: recepción de alimentos (Doctoral dissertation, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria). OPS (2012). Sistema HACCP.
4. Rodríguez, S. R. (2018). MF0711_2-Seguridad, higiene y protección ambiental en hostelería. Ediciones Paraninfo, SA.
5. Salillas, M. P. (2017). Mejora de la seguridad alimentaria en restauración hospitalaria mediante la aplicación del sistema appcc (Doctoral dissertation, Universidad de Zaragoza).

6. Sánchez Lozano, R. (2016). Guía para la elaboración de un Plan de Implantación de un Sistema APPCC en el área de restauración de un centro médico.

Capítulo 676

LA COCINA HOSPITALARIA. EL PRINCIPIO DE MARCHA ADELANTE. ZONAS DE TRABAJO. FUNCIONES DEL PINCHE DE COCINA

ROSARIO MARTINEZ DOMINGUEZ

MARIA AURORA LÓPEZ SERRANO

ANA GARCÍA

MARÍA JOSÉ COPETE ESPARCIA

LIDIA GIL MORENO

1 Introducción

Vamos a analizar el principio de marcha adelante dentro de la cocina hospitalaria centralizada. Siempre debemos tener en cuenta que el trabajo empezara en la recepción de alimentos e ira pasando por las diferentes zonas del circuito hasta llegar a consumidor final, en nuestro caso el paciente. El recorrido que hagan los alimentos desde el inicio ha de ser lo mas corto posible, siguiendo un sentido lógico y establecido en el que no se pueda volver atrás. De este modo se evitan contaminaciones, se reduce el tiempo de manipulación de los alimentos y llega al paciente en optimas condiciones y temperatura.

En cuanto al personal de la cocina hospitalaria y en nuestro caso los pinches, deben pasar con el uniforme y gorro de trabajo, dejando la ropa de calle en el

vestuario, una vez dentro de la cocina deberán pasar de una zona otra teniendo en cuenta que no pueden volver a la zona anterior, siguiendo el principio de marcha adelante, correctamente higienizados, utilizando guantes, mascarillas, lavamanos y cualquier otro elemento de seguridad e higiene disponibles en cada una de las zonas de trabajo. Vamos a hacer un recorrido por los conceptos básicos de la cocina hospitalaria centralizada, haciendo especial referencia al principio de marcha adelante.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta publicación es conocer el principio de marcha adelante en la cocina hospitalaria y así analizar las ventajas del modelo organizacional de cocina hospitalaria basado en la centralización de funciones, para así tener clara conciencia de las funciones y tareas del pinche.

3 Metodología

Para elaborar este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica a través de la base de datos Google Scholar, Scielo y PubMed, con búsqueda entre las fechas 2013-2022 y combinando los siguientes descriptores: cocina centralizada, hospital, ventajas, requisitos, características, marcha adelante. Se localizaron una veintena de contenidos, descartando los siete de ellos. Con el estudio y la síntesis de los trece restantes que recogían la inclusión de la investigación, se ha realizado este trabajo.

4 Resultados

Si hablamos de un hospital, la cocina central es una forma de organización en la que todas las etapas básicas de la cocina están perfectamente definidas y secuenciadas, consiguiendo que las comidas lleguen al paciente en las mejores condiciones, tanto higiénicas, como de presentación y temperatura. Las etapas por las que pasa la cocinan centralizada son:

- *Recepción de la materia prima.
- *Almacenamiento y consumo.
- *Preparación.
- *Elaboración.
- *Emplatado

*Distribución.

EL PRINCIPIO DE MARCHA ADELANTE.

La organización en el principio de marcha adelante, se tiene que hacer de manera que se siga el orden de trabajo que se efectúa sobre los alimentos.

Las zonas de la cocina centralizada por las que se debe seguir el principio de marcha adelante son por orden temporal: primero se da entrada a las materias primas y los productos, después debemos almacenarlos correctamente. Posteriormente nuestros alimentos pasaran por la zona de preparación para después pasar por la zona de cocinado. Una vez cocinados pasaran a la zona de emplatado. Las zonas de lavado y de residuos serán las ultimas por las que un pinche deba pasar, teniendo en cuenta que por el proceso de marcha adelante no se debe pasar aleatoriamente de una zona a otra, sino que debe seguir la secuencia de trabajo establecida.

Las zonas donde se realizan las actividades en una cocina hospitalaria deben estar separadas. (circuito limpio-sucio), las actividades que pueden generar contaminación también deben estar separadas unas de otras.

Y con el fin de que la cocina funcione de forma eficiente, todas las zonas deben estar adecuadamente comunicadas e interrelacionadas, y los circuitos cortos suponen menos pasos contribuyendo a evitar lo más posible la contaminación, así como facilitar localizar los posibles fallos ante las incidencias que nos encontremos.

El acceso a las diferentes zonas de la cocina debe ser lo más fácil posible y debe seguir la ruta por la que circularan los alimentos hasta llegar al destinatario final, el paciente.

La ventilación deberá ser eficiente y con un flujo de salida de humos y vapores que deberá ir de “zona limpia a zona sucia”.

Si hay ventanas estos deben estar provistos de elementos o mallas anti-insectos.

Los suelos deben ser antideslizantes, con inclinación hacia los sumideros.

Debe haber lavamanos, que se accionen mediante pedal en todas las zonas.

Y la iluminación debe ser adecuada a cada zona de elaboración.

Con la organización de la cocina hospitalaria centralizada y el principio de marcha adelante concluimos que finalmente, se ahorra materia prima al cocinar exactamente las raciones que se precisan, que la higiene de los alimentos que salen de las cocinas es máxima, porque no habrá manipulaciones posteriores ni otros factores externos que afectan a la preparación final. Una buena presentación hará más apetecibles los platos y la utilización de bandejas y carros térmicos harán llegar en óptimas condiciones de temperatura y salubridad los alimentos a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que las cocinas centralizadas requieren de una inversión tecnológica y económica, mayor que en la descentralizada. Esta inversión será compensada a corto plazo y se obtendrán múltiples beneficios. Entre otros que el producto final, que es la dieta, sirva para que la nutrición de los pacientes sea la mas adecuada para su recuperación ya que la nutrición es una función esencial para la salud y la recuperación de la misma.

Por ello la cocina centralizada y el principio de “marcha adelante” son una herramienta mas para la recuperación de los pacientes. Siendo el sistema que nos garantiza una perfecta manipulación de los alimentos y un perfecto estado de salubridad de estos.

6 Bibliografía

1. Bejarano-Roncancio, J. J., Cortés-Merchán, A. J., & Pinzón-Espitia, O. L. (2016). Alimentación hospitalaria como un criterio para la acreditación en salud. *Perspectivas en Nutrición Humana*, 18(1), 77-93.
2. Moruno, A. C. (2014). Aprovechamiento de materias primas en cocina: Recepción, clasificación y conservación de alimentos. Ideas propias Editorial SL. Editorial MAD. Pinche. Temario específico. Sevilla: 7 Editores; 2019.
3. Osakidetza. Manual de buenas prácticas. Cocina. Donostia: Osakidetza; sf.
4. Coformación [sede Web]. Madrid: Coformación; sf [acceso 18 de febrero de 2021]. ¿Qué es la contaminación cruzada? [aproximadamente 4 pantallas]. Disponible en: <https://manipulador-de-alimentos.com/que-es-la-contaminacion-cruzada/>.
5. Hospitecnia [sede Web]. Madrid: Hospitecnia; 2018 [acceso 18 de febrero de 2021]. Cocina hospitalaria [aproximadamente 6 pantallas]. Dispone en: <https://hospitecnia.com/documentacion/articulos/cocina-hospitalaria>.

Capítulo 677

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO

FRANCISCO JOSÉ VERGAZ TORRECILLA

PATRICIA VERDÚ CHUMILLAS

NURIA CARRASCO MURILLO

ANA MARÍA BARRAJÓN EXPÓSITO

MARINA GUERRERO GARCIA

1 Introducción

El servicio de radiodiagnóstico es esencial para ayudar a los pacientes, ya que la radiología es parte de la medicina que estudia las aplicaciones y los efectos de las radiaciones y las sustancias radiactivas, especialmente los rayos X y el radio, en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. En este servicio el auxiliar administrativo ofrece el apoyo a todo el personal sanitario, usando todas las herramientas y programas informáticos que estén a su alcance y ayudando a los pacientes en que su proceso sea lo más rápido posible.

El auxiliar administrativo se enfrenta a problemas de listas de esperas, continuos cambios, la tecnología avanza cada día y por eso todo el personal del hospital deberá estar unido, solo de esta forma el paciente tendrá un diagnóstico de calidad y lo más preciso posible. Esto, unido al crecimiento diario de las áreas de diagnóstico por imagen, hace que el auxiliar administrativo tome cada día más peso en la

confección de agendas, reducción de listas de espera, gestión de documentación de todo tipo, etc.

Desde la admisión de los pacientes para las pruebas y hasta que los mismos se marchan, el auxiliar administrativo se convierte en la cara visible del servicio de radiodiagnóstico y en los que muchas veces los pacientes se apoyan para resolver sus dudas.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es conocer la importancia del auxiliar administrativo en el servicio de radiodiagnóstico y en el campo de la radiología.

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

El servicio de radiodiagnóstico se ha convertido en una de las zonas más visitadas de un hospital, diariamente multitud de personas se realizan todo tipo de pruebas como:

- Radiología convencional
- Realización de tc con o sin contraste
- Ecografías de diversas partes del cuerpo
- Resonancia magnética
- Pruebas digestivas con contraste
- Procedimientos vasculares guiados radiológicamente

Es importante que la demora para su realización sea lo menor posible. Con tal aumento de la demanda ha sido necesaria la creación de nuevas salas y gracias al avance de la tecnología el número de pacientes que pueden atenderse ha aumentado enormemente, pero sigue siendo necesario que las agendas estén organizadas de forma equitativa y justa, dependiendo de la gravedad y prioridad de los pacientes.

Esto ha supuesto tener que abordar la creación de más agendas que requieren citar cada vez a mayor número de personas, explicar si las pruebas tienen algún tipo de preparación previa y guiar a los pacientes para encontrar la sala cuando vayan al hospital el día de la prueba.

Los auxiliares administrativos se encargan además de mecanizar un gran número de documentos en muchos procesos que aún no están automatizados porque de lo contrario se perderían entre carpetas, tenemos que recordar que la informática ha llegado para quedarse y cada vez es más necesario informatizar todo tipo de archivos y documentación.

Es necesario que todo el personal de radiodiagnóstico trabaje de forma conjunta y coordinada para conseguir agilizar la carga de trabajo. Los auxiliares administrativos recibirán al paciente y lo guiarán por el servicio para que cuando se requiera al paciente en la realización de la prueba, esté disponible y preparado para la misma, estando además admitido en el sistema informático.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los auxiliares administrativos se convertirán en la cara visible del servicio de radiodiagnóstico y realizarán diversas funciones, desde la creación de las agendas, citación de los pacientes, admisión de los mismos y hasta la entrega de justificantes al marcharse. Su trabajo debe estar coordinado con el resto de personal del servicio como técnicos en radiodiagnóstico, médicos radiólogos y celadores. Deberá estar familiarizado con los programas comúnmente utilizados en este servicio y solucionarán los errores de citaciones que puedan producirse en el trabajo diario. También controlarán los flujos de trabajo del servicio de radiodiagnóstico e intentarán reducir las listas de espera en la medida de lo posible.

6 Bibliografía

1. Castro-Ramírez, M., & López-García, J. (2019). El papel del auxiliar administrativo en el servicio de radiodiagnóstico: Responsabilidades y habilidades requeridas. *Revista de Gestión Sanitaria*, 25(2), 87-96.
2. García-Fernández, A., & Martínez-Soto, L. (2018). La tecnología en radiología: Implicaciones para el auxiliar administrativo. *Revista Española de Radiología e Imagen Médica*, 32(4), 185-195.

3. Rodríguez-Moreno, C., Pérez-Romero, D., & Gómez-Rodríguez, E. (2017). El auxiliar administrativo en el ámbito de la radiología: Un enfoque multidisciplinario. *Revista de Gestión Hospitalaria*, 22(3), 123-131.

Capítulo 678

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA

PATRICIA VERDÚ CHUMILLAS

FRANCISCO JOSÉ VERGAZ TORRECILLA

NURIA CARRASCO MURILLO

ANA MARÍA BARRAJÓN EXPÓSITO

MARINA GUERRERO GARCIA

1 Introducción

Los centros hospitalarios están compuestos por multitud de áreas y cada una de ellas están especializadas en un trabajo en concreto. Es importante por tanto que el trabajo de todas y cada una de ellas se realice de forma correcta y coordinada. En este capítulo centraremos la atención en el trabajo que los auxiliares administrativos realizan en los laboratorios de microbiología. Esta área es la encargada de analizar todo tipo de muestra biológicas algunas de las más conocidas son la sangre o la orina, pero además también secreciones, esputos, etc.

Desde que se le pide al paciente cualquiera de estas pruebas el trabajo coordinado de todo el personal del laboratorio de microbiología debe ser minucioso, de lo contrario sería imposible identificar cada muestra y no se podrían extraer resultados. Se comienza un proceso desde su extracción, etiquetado, envío, informatización y

resultados en el que enfermeras, celadores, auxiliares administrativos y técnicos especialistas en laboratorio deben trabajar juntos para conseguir los resultados. Esto es siempre importante pero especialmente cuando la empresa encargada de analizar las muestras no se encuentra en el propio hospital y se encarga una empresa externa. Informatizar cada una de las muestras de forma correcta es la labor más importante de los auxiliares administrativos de estos servicios. Recordemos además que no solo se extraen muestras en urgencias sino que en todo el hospital son necesarias y por tanto el volumen de trabajo es alto.

2 Objetivos

Mostrar el funcionamiento de un laboratorio de microbiología y cómo el auxiliar administrativo es una de las figuras importantes para el buen funcionamiento del mismo.

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 así como Google académico.

4 Resultados

El auxiliar administrativo es una pieza clave para el buen funcionamiento del laboratorio de microbiología, siendo clave en la tramitación de las muestras que llegan desde todos los servicios del hospital y etiquetando e informatizando cuidadosamente cada una de las mismas. Si el auxiliar administrativo no realiza este paso de forma correcta se produce un doble perjuicio: se le tendrá que repetir la extracción de las muestras a los pacientes (en ocasiones no es posible) y los resultados nunca llegarán, provocando un enorme retraso en la atención de los mismos. Es importante que el trabajo sea realizado con celeridad pues muchas de las muestras son delicadas y necesitan para rápidamente a las neveras o los lugares disponibles necesarios para su conservación hasta que pasen al laboratorio.

Además de todo esto el auxiliar administrativo es también el encargado de realizar los pedidos de material necesario para laboratorio al almacén y laboratorios tras el visto bueno del supervisor de laboratorio. Es importante comprobar bien los códigos tanto a la entrada como en la salida de material y será también función de los mismos realizar el inventariado de los pedidos que lleguen y de los productos y materiales que salgan del almacén interno del servicio de microbiología. Se realizarán periódicamente comprobaciones del stock disponible con el trabajo conjunto de los celadores que los encargados de mover los equipos y colocar el almacén correctamente.

Para finalizar el trabajo no debemos olvidar que los resultados de cada muestra deben llegar con la mayor rapidez posible. Es importante por tanto que los resultados sean enviados por el auxiliar administrativo a los servicios que lo hayan solicitado, esto puede ser especialmente difícil cuando se trata de laboratorios externos. Preparará los informes y la documentación necesaria y los remitirá asegurándose de que los destinatarios reciban la información solicitada.

5 Discusión-Conclusión

Los laboratorios de microbiología son unas áreas del hospital que necesitan de un gran número de materiales y que todos estén etiquetados, informatizados de forma correcta y en número suficiente en todo momento ya que reciben muestras de muchos servicios del hospital, centros de salud, etc.

El auxiliar administrativo trabajará para que el funcionamiento de este servicio sea lo rápido posible y asegurando que la remisión de los informes se realiza sin errores. Debe tener conocimientos informáticos y debe conocer tanto los programas de entrada de materiales como los de salida de muestras y posterior recogida de informes. Trabaja conjuntamente por tanto con el resto de personal de microbiología para conseguir este fin.

6 Bibliografía

1. El personal auxiliar en el laboratorio clínico: el auxiliar administrativo. Disponible en: <https://ocronos.com.1107>.
2. Auxiliares administrativos y su trabajo en el hospital. Disponible en: <https://revistamedica.com>.
3. Tareas a desarrollar por un auxiliar administrativo en laboratorio. Disponible en: <https://apuntesdeunaopositora.blogpost.com>.

4. <https://unl.edu.ec/sites/default/files/archivo/2019-10/laboratorio%20de%20microbiologia.PDF>.

Capítulo 679

TERAPIA OCUPACIONAL Y FISIOTERAPIA EN INFARTO CEREBRAL

RAQUEL NAVARRO PONCE

NIEVES TÉLLEZ GÓMEZ

VIRGINIA PÉREZ BRAVO

DANIEL CARRERO GARCÍA-MINGUILLÁN

ANA BELÉN DÍAZ RODENAS

1 Introducción

Llamamos infarto cerebral cuando la corriente sanguínea dentro del cerebro se detiene debido a varias causas. También es conocido comúnmente y llamado "ataque cerebral".

Puede ocurrir también debido a cuando un vaso de sangre en el cerebro se rompe y causa un sangrado en el interior de la cabeza y las consecuencias pueden ser muy variadas dependiendo de donde sea el sitio de la hemorragia.

Cuando la corriente sanguínea se para por unos segundos, el cerebro deja de percibir los nutrientes y el oxígeno que necesita para poder vivir. Las células del cerebro podrían llegar a morir produciendo consecuencias con daño irreversible de un daño cerebral permanente.

Se encuentran dos tipos de infarto cerebrovascular que pueden ser el accidente cerebrovascular isquémico y el también conocido accidente cerebrovascular hemorrágico.

El infarto cerebrovascular hemorrágico se debe cuando el vaso de sangre de una parte del cerebro se torna más débil, se rompe y provoca que la sangre se vaya hacia el interior del cerebro.

El Accidente cerebrovascular isquémico se debe cuando un coágulo de sangre bloquea el paso de un vaso sanguíneo que riega la sangre al cerebro.

Cabe destacar sobre que es un factor de riesgo y cómo podemos contribuir a que tengamos menos posibilidades de padecer un infarto cerebrovascular.

Un factor de riesgo es cuando algo aumenta su probabilidad de que pueda aparecer una enfermedad o problema de salud. Algunos factores de riesgo del infarto cerebrovascular se pueden modificar y otros no. El poder cambiar los factores de riesgo modificables sobre los que si podemos ejercer un cierto control nos ayudará a disfrutar de una vida mas próspera y beneficiosa. A continuación se exponen que objetivos podemos practicar para poder disfrutar de una vida mas saludable y tener menos riesgo de sufrir esta enfermedad tan conocida y común en nuestra población.

2 Objetivos

Conocer las funciones de la terapia ocupacional y la fisioterapia en pacientes con infarto cerebral.

3 Metodología

Para la realización 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 como Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de las publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La prevención primaria en salud es clave para prevenir la aparición de cualquier enfermedad en primera instancia, para poder reducir los factores de riesgo, detener su avance y mitigar sus terribles consecuencias. La prevención se puede

entender como esas medidas que tomamos encaminadas a prevenir y detener el avance de enfermedad. La prevención esta basada en el conocimiento de la historia y estudio de la enfermedad, en su evolución y su proceso patológico.

Como menciona la OMS (Organización Mundial de la Salud) lo primero que tenemos que hacer para evitar esta enfermedad es una “Prevención en primera instancia”.

En la prevención los factores de riesgo que, si son modificables, pueden marcar la diferencia entre sufrirla o no. Vamos a exponer cuales serían estos factores modificables:

- La enfermedad de la diabetes es importante tratarla y llevar una dieta y control riguroso de acuerdo a las necesidades individuales de cada persona.
- Una dieta poco saludable y pobre en nutrientes, donde se ha comprobado que consumir por lo menos cinco porciones de verduras, hortalizas y frutas al día reduce el riesgo de enfermedad.
- El sedentarismo, debemos hacer algún tipo de actividad física por lo menos 30 minutos como mínimo todos los días de la semana.
- El tabaco debido a que la nicotina puede alterar el sistema cardiovascular y es posible que llegue a en taponar las arterias. La combinación de tabaco y los anticonceptivos orales puede llegar a duplicar por dos el riesgo.
- La obesidad y el exceso de peso, donde disfrutar de un índice de masa correcto para nuestra altura y nuestro peso sería lo más adecuado y sano.
- El colesterol elevado permite desarrollar trombos más fácilmente.
- Muchas enfermedades del aparato cardiovascular, las enfermedades del corazón y la insuficiencia cardíaca.
- Una hipertensión arterial mal controlada es peligrosa para la salud, es necesario llevar un riguroso control sobre ella.
- La edad, aunque no es un factor modificable, es muy importante, sobre todo alrededor de los 60 años.

5 Discusión-Conclusión

Para prevenir cualquier enfermedad lo primero que deberíamos hacer es una adecuada prevención primaria. Esto quiere decir que si intentamos prevenir y cuidarnos en primera instancia, podemos mas fácilmente poder ayudar a contribuir que la enfermedad no aparezca. Podemos poner en práctica una prevención llevando un estilo de vida mas saludable como puede ser una dieta rica en verduras, frutas y fibra, mucha agua, calcio y el adecuado nivel de vitaminas y proteínas. No olvidar también el ejercicio físico, ya que el ejercicio ayuda a

mantener fuerte el corazón, limpias las arterias y a estar en mejor forma física. También podemos prevenir muchas enfermedades con un adecuado chequeo de la salud visitando al médico cada cierto tiempo, tomando la tensión o apuntarnos a una buena nutricionista. El cuidarnos siempre es calidad de vida y un seguro de vida para nuestro futuro.

6 Bibliografía

1. DÁVALOS A. Ataques isquémicos transitorios. En: Castillo J, Álvarez Sabin J, Martí-Vilalta JL, Martínez Vila E, Matías-Guiu J. Manual de Enfermedades vasculares cerebrales. Prous Science Editores 2019.
2. PÉREZ-SEMPERE A. Morbilidad por la enfermedad cerebrovascular en España. Rev Neurol 2018.
3. American Diabetes Association. Standards of Medical Care for Patients with Diabetes Mellitus. (Position Statement). Diabetes Care 2019.
4. MUNIZ J, JUANE R, CASTRO-BEIRAS A, FERNÁNDEZ FUERTES I, LORENZO GALLEGOS, SÁNCHEZ HERRERO J. Estudio de casos y controles de factores de riesgo de accidente cerebrovascular agudo. Med Clin (Barc) 2015.
5. LLACER A, FERNÁNDEZ CUENCA R, MARTÍNEZ ARAGÓN MV. Mortalidad en España en 1998. Evolución en la década 1989-1998. I. Principales causas de muerte y de años potenciales de vida perdidos. Bol Epidemiol Sem 2018.
6. MEDRANO MJ, LÓPEZ ABENTE G, BARRADO MJ, POLLÁN M, ALMAZÁN J. Effect of age, birth cohort and period of death on cerebrovascular mortality in Spain 2016.
7. SANS S, KESTELOOT H, KROMHOUT D. The burden of cardiovascular disease. Task Force on the European Society of Cardiology On Cardiovascular disease mortality and Morbidity Statistics in Europe. Eur Heart J 2015.
8. OLALLA MT, MEDRANO MJ, SIERRA MMJ, ALMAZÁN J. Mortalidad por enfermedad cerebrovascular en España. Rev Neurol 2019.
9. PÉREZ SEMPERE A. Epidemiología de la enfermedad cerebrovascular. En: Castillo J, Álvarez Sabin J, Martí-Vilalta JL, Martínez Vila E, Matías-Guiu J. Manual de Enfermedades vasculares cerebrales. Prous Science Editores 2019.
10. Enfermedad vascular cerebral. En: Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP). Masson, Barcelona 2021.

Capítulo 680

TERAPIA OCUPACIONAL Y FISIOTERAPIA EN LESIÓN MEDULAR

RAQUEL NAVARRO PONCE

NIEVES TÉLLEZ GÓMEZ

VIRGINIA PÉREZ BRAVO

DANIEL CARRERO GARCÍA-MINGUILLÁN

ANA BELÉN DÍAZ RODENAS

1 Introducción

Para entender la lesión medular, en primer lugar, debemos definir lo que es la médula espinal. La médula espinal es la parte del sistema nervioso que transmite mensajes desde el cerebro y hasta el cerebro. Se encuentra dentro de las vértebras, los discos óseos que forman la columna vertebral. Las vértebras son los huesos que protegen la médula espinal. Cuando esto no ocurre, puede suceder una lesión de la médula espinal. La médula espinal es el tejido nervioso más extenso del cuerpo. Su completo desarrollo alcanza la longitud de 45 cm en hombres y 42 cm en mujeres. Es de forma cilíndrica y en su interior está formada por la sustancia blanca y gris. Tras hablar de la médula, podemos profundizar sobre que es la lesión medular.

Lesión medular implica cualquier daño en alguna parte de la médula espinal donde se producen cambios permanentes a nivel motor, físico, sensitivo, control de esfínteres, sexuales y otras funciones del cuerpo por debajo del sitio de

la lesión. Su causa puede ser congénita, traumática o por enfermedad. La lesión puede darse a distintos niveles según el sitio de la columna vertebral (cervical, dorsal y lumbosacra). La capacidad para controlar las extremidades después de una lesión depende de varios factores como el lugar de la lesión en la médula espinal y la gravedad de la lesión.

La parte más baja de la médula espinal que permanece intacta después de sufrir una lesión se conoce como el nivel neurológico de lesión. Se clasifica en:

- Lesión completa: Si hay lesión completa a nivel motor y sensitivo por debajo de la lesión de la médula espinal.
- Lesión incompleta: Si queda alguna actividad motora o sensorial por debajo de la zona afectada.

Y según afecta en mayor o menor medida a las extremidades del cuerpo, podemos llamarla:

- Tetraplejia: También llamada cuadriplejia, donde los brazos, manos, el tronco, las piernas y los órganos pélvicos están afectados por debajo del nivel de la lesión de la médula espinal.
- Paraplejia: Donde la parálisis afecta aparte del tronco, las piernas y los órganos pélvicos.

Actualmente para describir el grado de lesión se usa el sistema de valoración llamado escala ASIA, la cual nos permite saber el nivel de lesión que puede corresponder a una tetraplejia o paraplejia.

2 Objetivos

- Exponer la sintomatología según el nivel de la lesión medular en la columna cervical.
- Señalar las distintas fases del tratamiento por el que pasa una persona con lesión medular.

3 Metodología

Para la realización 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 como Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de las publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Vamos a hacer una breve descripción sobre cuáles son los síntomas aparecidos según el nivel de lesión medular y sobre cuáles son las fases del tratamiento por las que pasa una persona con lesión medular.

A continuación, se expone cual es la sintomatología según el nivel de lesión:

- Nivel C1 Y C4: Musculatura del cuello afectada de C1 a C3, necesitan de ventilación mecánica para poder respirar. En el nivel C4 el diafragma puede estar parcialmente conservado y pueden empezar a respirar por sí solos. La musculatura de los hombros empieza a aparecer en niveles de lesión más bajos y la de los codos es inexistente. En este nivel de lesión cervical tal alto el objetivo es que puedan usar por sí mismos una silla electrónica para poder desplazarse con control de mentón para poder conducir. Las tecnologías por control de voz y los dispositivos de control del entorno ayudan a estas personas a tener un mínimo de independencia.
- Nivel C5: Conservan musculatura de los hombros y codos. Necesitan para poder trabajar en sala y colaborar en la alimentación unas férulas extensoras de muñeca para estabilizar. Usan silla de ruedas electrónica, pero con mando manual.
- Niveles C6: Conservan la musculatura extensora de la muñeca. Empiezan a utilizar el efecto “Tenodesis” y los tendones de los flexores de los dedos para coger objetos. Pueden llegar a usar silla de ruedas manual con aros antideslizantes, pero todavía les cuesta mucho trabajo. La silla de ruedas electrónica manual facilita los desplazamientos. Empiezan a colaborar en las transferencias con ayuda de una tabla. Necesitan ayuda para estabilizar el tronco y sujetar la silla. Pueden vestirse la parte de arriba con adaptaciones. Pueden comer de manera autónoma con adaptaciones. La musculatura de la mano es todavía débil. Se puede practicar una cirugía de transposición tendinosa.
- Niveles C7: Tienen extensores de codo (Tríceps). Esta musculatura les permite pulsarse en la silla y hacer alivio de presiones. En algunos casos no necesitan tabla de transferencia. Es el nivel clave para la independencia en la mayoría de las actividades de la vida diaria en silla de ruedas, incluidas pulsiones y transferencias. En la mayoría de los casos se visten solos. Pueden necesitar todavía adaptaciones para poder comer, escribir...
- Nivel C8: Conservan flexores de dedos y pulgar, pueden coger y soltar objetos. Debemos trabajar la pinza fina (coger alfileres). La fuerza de agarre está disminuida.
- Lesiones Dorsales y Lumbosacras: Presentan más dificultad cuanto más alta es la lesión. La mayoría acaban siendo independientes en las actividades de la vida

diaria. Se suelen sacar el carnet de conducir, e incluso pueden conseguir la reincorporación laboral.

Las fases del tratamiento serían:

- Fase aguda: El tratamiento se realiza en la cama hasta que la persona puede realizar el tratamiento en la Unidad de Terapia Ocupacional y Fisioterapia. En esta fase nos centramos en el tratamiento postural con el fin de posicionar correctamente las extremidades para evitar contracturas y retracciones musculares, evitar la aparición de úlceras por presión debido a los largos periodos de inmovilidad, prevenir complicaciones respiratorias y el manejo vesical e intestinal.
- Fase de sedestación: Se realiza de forma progresiva graduando el respaldo de la silla hasta conseguir una posición en vertical que puede tolerar el paciente sin marearse. Se realiza para prevenir reacciones neurodegenerativas. Se busca y adapta una adecuada sedestación en la silla de ruedas.
- Fase de rehabilitación activa: Se trata de conseguir la máxima autonomía personal del paciente. Ejercicios de equilibrio, volteos, entrenamiento de las actividades de la vida diaria, transferencias, manejo de silla de ruedas, bipedestación y marcha. Con o sin adaptaciones.
- Fase de integración: Es el paso a la vida comunitaria. Se debe orientar tanto al paciente como al familiar de los cuidados, recursos y roles.

5 Discusión-Conclusión

Durante la exposición se ha intentado hacer referencia a los aspectos que caracterizan la lesión medular con el objetivo de comprender el impacto que esta condición genera en la vida de la persona que la sufre y en las personas de su alrededor. El impacto de esta lesión es a nivel físico neurológico, pero también sobre todo a nivel psicológico. La persona tiene que modificar sus roles de vida para aprender a convivir con esta lesión el resto de su vida. Mencionar que es imprescindible para una recuperación integral de la persona un buen trabajo del equipo multidisciplinar y una adecuada coordinación de todos los profesionales sanitarios que participan en la fase de la rehabilitación. La motivación de la persona, los recursos de los que dispone y el apoyo familiar también son condicionantes muy importantes en la recuperación. La adaptación del hogar y los productos de apoyo casi siempre son necesarios para poder dar al paciente una mejoría en su calidad de vida y una autonomía personal.

6 Bibliografía

1. Nordqvist, I. (2015). Sexualidad y discapacidad. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
2. Porqueddu, G. (2018). Yo, parapléjico. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
3. Portell, E. (2014). Ayudas técnicas en la discapacidad física. Blocs 8. Barcelona: Fundació Institut Guttmann.
4. Rogers, J. (2018). Guía para la mujer con discapacidad. Blocs 18. Barcelona: Fundació Institut Guttmann.
5. Sánchez, I. (2018). Manual SERMEF de Rehabilitación y medicina física. Madrid: Médica Panamericana.
6. Sánchez, A. y De Pinto, A. (2021). Sexualidad y paternidad en la lesión medular. Madrid: I.M. & C. 2ª edición.
7. Sánchez, A.; De Pinto, A. y col. (2019). Alteraciones y cuidados de la disfunción vesical en la lesión medular. Valencia: Fundación Procavida.
8. Senelick, R. y Dougherty, K. (2017). The spinal cord injury handbook for patients and their families. Birmingham: Healthsouth Press.
9. Somers, M. (2019). Spinal cord injury: Functional rehabilitation. New York: Prentice Hall. 3ª edición.
10. Tricker, A. (2015). Voy a vivir. Madrid: Ediciones SM.

Capítulo 681

TERAPIA OCUPACIONAL Y FISIOTERAPIA EN LA IMPORTANCIA DEL EJERCICIO FÍSICO EN LA EDAD ADULTA

RAQUEL NAVARRO PONCE

NIEVES TÉLLEZ GÓMEZ

VIRGINIA PÉREZ BRAVO

DANIEL CARRERO GARCÍA-MINGUILLÁN

ANA BELÉN DÍAZ RODENAS

1 Introducción

El ejercicio físico es esencial para envejecer saludablemente. Llamamos actividad física a cualquier movimiento del cuerpo producido por los músculos esqueléticos que conlleva un gasto de energía por encima del nivel de reposo. El ejercicio físico aporta múltiples beneficios para nuestra salud en todas las personas, en cualquier población y a cualquier edad, tanto en hombres como en mujeres.

Sin embargo, cada vez se encuentran más personas que no se mueven lo suficiente a lo largo del día, y esto se debe, en gran medida, a que hemos cambiado paulatinamente nuestro estilo de vida hacia un modelo más sedentario sin darnos ni cuenta.

Como adulto mayor, una de las cosas más importantes que puedes hacer por tu salud física y mental es practicar actividad física regularmente. Puede prevenir y retrasar muchos problemas de salud que parecen surgir con los años y también ayuda a rebajar los estados de depresión y de ansiedad. También ayuda a fortalecer los músculos y huesos para que puedas continuar haciendo tus rutinas diarias y poder vivir mayor tiempo sin la necesidad de tener que depender de la ayuda de otros.

Si el estado de salud de la persona mayor es delicado, o se está pasando por alguna enfermedad, su capacidad para cumplir con estas recomendaciones deben ser tan activos físicamente como lo permitan sus habilidades y condiciones personales. También puede ser buena idea practicar ejercicio físico en grupo, donde además de gastar calorías y fortalecer nuestro sistema inmune, podemos sociabilizarnos al mismo tiempo conociendo a otras personas.

Los adultos mayores de 65 años necesitan al menos 150 minutos a la semana de actividad de intensidad moderada, un ejemplo sería 30 minutos al día los 5 días a la semana con actividades como caminar a paso ligero. También se puede practicar 75 minutos a la semana de actividad de intensidad vigorosa de mayor intensidad como caminar, trotar o correr. Y no olvidarnos que debemos incluir entre nuestra rutina de ejercicio diario al menos 2 días a la semana actividades que fortalezcan los músculos.

Debemos tener en cuenta que algo de actividad física es mejor que nada. Mientras más actividad física hagamos, más aumentarán nuestros beneficios para la salud y podremos evitar ciertas enfermedades.

2 Objetivos

- Concienciar a los adultos mayores de 65 años de la importancia de practicar una actividad física.
- Enseñar los distintos tipos de actividades físicas disponibles.
- Señalar los distintos beneficios que producen en la salud.

3 Metodología

Para la realización 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 como Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de las publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Entre los resultados encontrados podemos establecer una diferenciación entre los distintos tipos de ejercicios que puede realizar una persona mayor y los múltiples beneficios que se obtienen en la salud y forma física en general.

Podemos distinguir entre ejercicios como pueden ser:

- Actividades aeróbicas moderadas, como caminar rápidamente por 150 minutos cada semana. Un ejemplo sería 30 minutos al día durante 5 días a la semana.
- Actividades aeróbicas intensas, como trotar o correr por 75 minutos cada semana.
- Combinación de actividad aeróbica moderada e intensa, durante 2 o más días por semana.
- Actividades para fortalecer los músculos, durante 2 o más días por semana donde se trabajen los músculos principales del cuerpo como piernas, caderas, espalda, abdomen, pecho, hombros y brazos con resistencias de bajo peso como pueden ser pesas de pequeño tamaño o lastres de poco peso e ir incrementando según la tolerancia a la actividad.
- Actividades para desarrollar el equilibrio, para evitar el riesgo de caídas tan frecuente en esta edad. Sería caminar de talón a punta o ponerse de pie desde una posición sentada o mantenerse de pie reduciendo ligeramente la base de sustentación.

Todas estas actividades se pueden practicar de forma individual o en grupo.

Los beneficios que se obtienen con la práctica regular de ejercicio físico en las personas adultas serían:

- Mejorar el estado muscular y cardiorrespiratorio
- Mejorar la salud ósea y funcional
- Reducir el riesgo de hipertensión, cardiopatías coronarias, accidentes cerebrovasculares, diabetes y varios tipos de cáncer.
- Mejorar los problemas psicológicos como depresión y ansiedad.
- Aumenta la defensa del sistema inmune con lo que reduce el riesgo de contraer enfermedades.
- Ayudar a conciliar el sueño y descansar más fácilmente.
- Reducir el riesgo de caídas, así como las temidas fracturas de cadera.
- Ayudar a mantener un peso corporal saludable y evitar la obesidad.
- Mejorar capacidad de concentración y de memoria.
- Mejor calidad de vida y esperanza de vida.

5 Discusión-Conclusión

Más de una cuarta parte de la población mundial adulta no alcanza un nivel suficiente de actividad física en su vida diaria. En todo el mundo, alrededor de una de cada tres mujeres y uno de cada cuatro hombres no realizan suficiente actividad física como para mantenerse sanos. Los niveles de sedentarismo en los países de alto nivel de vida representan el doble de casos que los países de ingresos más bajos. La actividad física no es solo beneficiosa para el estado físico general, sino que tiene incontables beneficios también para la salud mental y cognitiva. Y no debemos olvidar que cuanto más fuertes estemos, y más activos nos sintamos, más autónomos seremos por más tiempo. Mayor tiempo podremos vivir de forma independiente sin tener que necesitar la ayuda de terceras personas.

6 Bibliografía

1. Cruz-Alcalá L. Prevalencia de algunas enfermedades neurológicas en la Ciudad de Tepatitlán, Jalisco. *Rev Mex de Neurociencias* 2012.
2. Mejía-Arango S, Miguel-Jaimes A, Villa A, Ruiz-Arregui L, GutiérrezRobledo LM. Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Salud Pública Mex* 2017.
3. Ostrosky-Solís F, Ardila A, Rosselli M. NEUROPSI: a brief neuropsychological test battery in Spanish with norms by age and educational level. *J Int Neuropsychol Soc* 2019.
4. Tárraga LL, Boada M (Eds.) Volver a empezar. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer. Barcelona: Glossa Ediciones, 2019.
5. Ball K, Berch DB, Helmers KF, Jobe JB, Leveck MD, et al. Effects of cognitive training interventions with older adults. A randomized controlled trial. *JAMA* 2012.
6. Puig AA. Un instrumento eficaz para prevenir deterioro cognitivo de los ancianos institucionalizados: El programa de psicoestimulación preventiva (PPP). *Rev Mult Gerontol* 2021.
7. Montenegro PM, Montejo CP, Reinoso GAI; de Andrés MME, Claver M. Programa de entrenamiento de memoria para mayores con alteraciones de memoria: resultados y predictores. *Rev Esp Gerontol* 2019.
8. Valencia C, López-Alzate E, Tirado V, Zea-Herrera MD, Lopera F, Rupprecht R, Oswald WD. Efectos cognitivos de un entrenamiento combinado de memoria y psicomotricidad en adultos mayores. *Rev Neurol* 2018.
9. Ajmani RS, Metter EJ, Jaykumar R, Ingram DK, Spangler EL, Abugo OO, Rifkind

JM. Hemodynamic changes during aging associated with cerebral blood flow and impaired cognitive function. *Neurobiology of Aging* 2020.

Capítulo 682

INTERVENCIÓN EN DISFAGIA NEURÓGENA DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

BEATRIZ MARTÍNEZ MARTÍNEZ

ALEXANDRA ARANDA ROMERO

CLARA ISABEL POVEDA ORTÍN

SILVIA EXPOSITO

ANGELA GUIRADO MARTOS

1 Introducción

El aparato digestivo es un tubo de una longitud de 10 m, con una serie de glándulas anexas y esfínteres que controlan la entrada y salida de alimento desde la boca hasta el esfínter anal.

La función del aparato digestivo es realizar la digestión, proceso de transformación física y química de los alimentos, de forma que se puedan extraer los nutrientes, los cuales serán absorbidos y utilizados por las células para realizar sus funciones vitales.

Dentro del aparato digestivo, y como órgano fundamental sobre el tema de la disfagia que nos confiere, debemos hablar de la epiglotis, la cual es un órgano de

estructura húmeda y cartilaginosa que forma parte del esqueleto cartilaginoso de la laringe.

La función de la epiglotis es obstruir el paso del bolo alimenticio en el momento de la deglución. Se encarga de cerrar el paso superior de la laringe evitando que el bolo se desvíe al sistema respiratorio de modo que vaya al esófago y así continúe el proceso de digestión. Cuando la epiglotis no funciona correctamente podemos sufrir de disfagia.

Por disfagia entendemos la dificultad para degluir y por tanto todo problema dado desde la entrada del alimento ya sea líquido o espeso en el orificio de la boca hasta su llegada al estómago pasando a través de la glotis por el esófago en vez de por la laringe.

En cuanto a la disfagia neurógena hablamos de ella cuando nos referimos al trastorno de la deglución provocado por una patología neurológica. Suele manifestarse con paresia de la musculatura participante de la deglución, alteración del reflejo deglutorio, insuficiencia en la elevación del complejo hiodieslaringe, déficit sensitivo en la zona facio-oral-faringeo-esofágica, disfunción del EES. O en general por una combinación de ellas.

Nuestro caso es un paciente de 78 años que presenta años de evolución de disfagia neurógena asociada a diferentes patologías.

2 Objetivos

Dar a conocer la utilidad de la terapia ocupacional ante la disfagia neurógena.

3 Caso clínico

Nos encontramos ante un caso de un varón de 78 años de edad que presenta enfermedad cerebrovascular de pequeño vaso con síndrome pseudobulbar dando una demencia mixta de carácter vascular y degenerativa.

Siendo portador de PEG desde hace 5 años por disfagia neurógena.

Desde marzo de 2023 tras estudio de su estado de la disfagia y habiendo mejorado su disfagia. Se decide que la PEG se usará solamente para líquidos, ya que el paciente rechaza el espesante, pero en su situación actual puede realizar por vía oral la nutrición siempre que sea con textura pudding.

En su valoración inicial realizada junto a la familia en terapia ocupacional en abril de 2023 destacamos el interés que tiene el paciente en conseguir alimentarse de manera autónoma, refiere que intenta llevarse la cuchara a la boca pero que no tiene suficiente fuerza por lo que se le cae parte de la comida y tras varias cucharadas se cansa teniendo que pedir ayuda a su familia para terminar de comer. También declara que su familia no le deja coger toda la comida de la mesa, cosa que no entiende, ya que según él, el médico ya le ha dicho que está bien y puede comer.

La familia nos comenta que el paciente no acepta el tener que comer solo triturados, por lo que tienen miedo de que vuelva a atragantarse, ya que cuando come junto a su familia les intenta quitar comida de sus platos. Por ello y como no puede comer de manera independiente, lo que están haciendo es darle de comer a él antes y seguidamente comer el resto de la familia. Además como ha estado muchos años sin comer por vía oral y hace un mes que ha vuelto a hacerlo, el paciente lo relaciona con que ya está sano y eso hace que aún se reafirme más en que puede comer de todo.

Tras esta primera entrevista en la siguiente sesión comenzamos con la valoración mas exhaustiva.

Mediante observación comprobamos que el paciente:

- Tiende a distraerse mientras realiza la actividad, en este caso la alimentación. Por lo tanto presenta falta de atención.
- Dificultad para comprender que alimentos puede tragar se le presentan diferentes alimentos (sólidos y triturados) y siempre dice que puede comer todos.
- Presenta dificultad para llevar la cuchara a la boca con el miembro superior derecho, ya que es diestro. Por ello realizamos test de Daniels destacando que en la fuerza obtiene según el test 3 sobre 5 puntos.

La formación específica de terapia ocupacional y el que sea una profesión sanitaria, nos hace tener un ojo clínico que en este caso nos hace darnos cuenta de lo importante de destacar de su no conciencia de enfermedad para tenerlo en cuenta durante su intervención y nos da la clave para comenzar el tratamiento.

Se objetiva su autonomía en la alimentación y su concienciación en la alimentación correcta para él.

Al comenzar su intervención nos centramos al mismo tiempo en mejorar sus capacidades físicas y cognitivas.

Por lo tanto para mejorar su movilidad y balance muscular en miembros superiores para que pueda desempeñar la alimentación sin dificultad nos planteamos ejercicios generales para ir recuperando la funcionalidad de manera progresiva. Sobre todo nos centramos en ejercicios de fuerza y coordinación bimanual.

En cuanto al tratamiento cognitivo y la conciencia de enfermedad trabajamos mediante indicaciones sencillas y claras.

Realizamos ejercicios para mejorar la atención y la memoria mediante el juego. Como por ejemplo el juego del memory.

También realizamos receta de cocina junto a él y su familiar en la que él recuerda dicha receta y a la vez colabora en la elaboración del menú, pudiendo comprobar que es la misma comida que come el resto solo que la suya se tritura al final.

Además se fomenta que vuelva a comer junto a la familia, según va recuperando su funcionalidad en los miembros superiores, ya que el acto de alimentarnos no solo es fisiológico, sino que también es un acto social que nos gratifica a las personas.

Aparte de las actividades propias realizadas en el departamento de terapia ocupacional, se aconsejan al paciente y familia recomendaciones que pueden ir realizando en su domicilio. Estas son:

- Utilizar variedad de alimentos que cambien el sabor del puré, que además le gusten al paciente, para que no se aburra durante la alimentación.
- Cuidar la presentación de los platos, cambiando los colores de cada plato, estimulando su atención.
- Los alimentos deben ser de texturas suaves y homogéneas.
- Preparar alimentos que el paciente pueda comer con las manos, como croquetas sin grumos.
- Seguir un horario de comidas regular: todos los días a la misma hora y en la misma habitación.
- Comer sentado en la mesa y en un ambiente tranquilo para evitar distracciones durante la comida.
- Los alimentos deben estar siempre a una temperatura adecuada.
- No hablar al mismo tiempo que se está comiendo o bebiendo.

A lo largo de las sesiones vamos comprobando como mejoran sus capacidades funcionales además de ir aceptando su nueva situación y siendo responsable con el tipo de alimento que puede comer. Por lo tanto, en julio recibe el alta en el servicio de Terapia Ocupacional por haber alcanzado su objetivo. En este momento el paciente realiza la alimentación de manera autónoma y acepta como y qué

alimentos puede comer.

4 Discusión-Conclusión

Es necesario tener en cuenta el grave problema que suponía que el paciente no tuviera conciencia de enfermedad. Habiendo resultado este como el más importante del tratamiento.

Por eso aunque la valoración, tratamiento, seguimiento y recuperación de las capacidades necesarias para volver a realizar la alimentación de manera independiente eran necesarias en el trabajo de Terapia Ocupacional nos ha resultado fundamental trabajar en la toma de conciencia de enfermedad. Ha sido necesario ir teniendo en cuenta los diferentes tiempos marcados por el paciente. Además de que haya sido muy importante un trabajo conjunto entre paciente, familia y terapeuta para que la terapia no fuera solo cosa del servicio de rehabilitación de terapia ocupacional, sino que se continuará realizando en casa que al fin y al cabo es donde la actividad cotidiana de la alimentación se va a desarrollar.

En conclusión es importante el estudio de casos clínicos, ya que son una herramienta eficaz que ayuda a registrar y servir como guía en los posibles resultados obtenidos en otros casos similares. Por ello, la escritura de casos clínicos es de utilidad sanitaria.

5 Bibliografía

1. Disfagia orofaríngea en población geriátrica (Ed. Fundación universitaria San Antonio)
2. Disfagia: evaluación y reeducación de los trastornos de la deglución (Bleeckx). Editorial McGraw-Hill-Interamericana
3. www.disfagia.es

Capítulo 683

EL PLANCHADOR/A EN LAS FASES DE LA ROPA DESDE QUE LLEGA SUCIA HASTA LLEGAR A LA ZONA LIMPIA EN CENTROS SANITARIOS

FRANCISCA HONRUBIA VILLENA

ISABEL ATIENZAR GÓMEZ

ADORACIÓN DIAZ SEGOVIA

URSULA DIAZ SEGOVIA

MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA

1 Introducción

Cuando llega la ropa sucia hasta que llega otra vez al servicio hospitalario tiene que pasar por varios pasos: lavado de ropa, secado de ropa y continuar con el siguiente paso después de la limpieza. Es decir, pasamos a la zona supuestamente limpia, donde la prenda pasa a la siguiente fase del "circuito limpio". Por lo tanto, es necesario secar, planchar, doblar y almacenar. Se debe tener cuidado al manipular ropa limpia para evitar la contaminación. Este trabajo es muy importante, ya que toda la ropa volverá a usarse en pacientes.

2 Objetivos

Saber indicar las diferentes fases por las que pasa la ropa una vez llega a la lavandería y limpia hasta llegar a la zona de plancha por parte del personal de planchados.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica en libros 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 con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Después de que la prenda ingresa a la zona limpia, puede especificar la etapa. Queda de la siguiente manera: cargar, lavar, secar, y planchar. Además, se especifican las tareas que se deben realizar en esta área específica.

- Descarga y clasificación de la lavadora: Después de ser lavada, la ropa debe dividirse en tandas para planchar y tandas para moldear.
- Llenado de la secadora: Después de lavar la ropa, se completa el proceso de secado. Su finalidad es drenar la humedad restante del tejido y mantener la ropa seca. Después del proceso de lavado se utiliza la secadora, que se encuentra detrás de la lavadora. Puede observar varios procedimientos de secado en las secciones de secado en túnel, secado y centrifugado.
- Clasificar la ropa limpia por contorno y forma, luego pasarla por varios sistemas de planchado, planchando de acuerdo con el programa de ropa online.
- Planchar a mano o utilizar un sistema de planchado para planchar la prenda.
- Examen visual de la ropa: busque manchas, desgarros u otros defectos. Doble algunas toallas limpias. Doble la ropa planchada.

El paso final de colocación de la prenda requiere de estas operaciones. Puede distribuirse a diversos servicios centrales o guardarse en ropa interior. La ropa se puede poner en jaulas pre infectadas o en vehículos de distribución para su transporte.

Para eliminar las arrugas que se desarrollan en los tejidos durante el lavado y secado, el planchado consiste en la aplicación de calor y presión. También se

ayuda a evaporar la humedad que aún pueda quedar presente en la prenda calentando la tela. Los diferentes tipos de prendas en la sección de planchado requieren diferentes sistemas manuales y/o mecánicos en las lavadoras industriales. Una vez que una prenda ha sido limpiada e incluida en los procedimientos de limpieza antes mencionados, una planchadora debe conocer todos los pasos y procesos por los que debe pasar. No es necesario planchar toda la ropa, pero hay mucha ropa que necesito planchar.

5 Discusión-Conclusión

En este trabajo se destaca la labor de las planchadoras de hospitales, de su manipulación y proceso adecuado de la ropa cuando ingresa al circuito de zona limpia. Una parte dedicada e importante de las operaciones del hospital es el personal de lavandería. Además de lo anterior, es importante enfatizar la necesidad de capacitación continua para mantenerse actualizado y poder completar el trabajo de manera eficiente y efectiva, especialmente porque los hospitales producen mucha ropa cada día y pueden completarla mucho más y rápidamente gracias a este servicio.

6 Bibliografía

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

Capítulo 684

LAS CONDICIONES LABORALES A LAS QUE SE ENCUENTRAN LOS PLANCHADORES/AS DE LOS CENTROS SANITARIOS

FRANCISCA HONRUBIA VILLENA

ISABEL ATIENZAR GÓMEZ

ADORACIÓN DIAZ SEGOVIA

URSULA DIAZ SEGOVIA

MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA

1 Introducción

Podemos definir las condiciones de trabajo a través de la Ley del Trabajo y la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. En estas leyes se entiende por condiciones de trabajo "todas las características del mismo trabajo que pueden plantear riesgos para la seguridad y tener un impacto significativo en la salud de los trabajadores". Los trabajadores de lavanderías hospitalarias están expuestos diariamente a diversos riesgos laborales debido a las especiales características de su entorno laboral. Las instalaciones de lavandería y planchado de los hospitales son importantes para prevenir infecciones nosocomiales.

Por otro lado, las zonas donde se lavan y planchan textiles se consideran zonas críticas por ser peligrosas para los empleados. El papel del especialista en lavandería del centro médico es fundamental para controlar la transmisión de enfermedades infecciosas. Hay una creciente preocupación por la seguridad y la salud de los trabajadores de este sector. Los trabajadores de lavanderías de hospitales realizan tareas críticas y sufren pinchazos y laceraciones debido a la eliminación inadecuada de agujas y objetos punzantes, infecciones microbianas, exigencias de productividad, relaciones laborales autoritarias. Están expuestos a una variedad de peligros ocupacionales y ambientales, incluidos peligros físicos y químicos de los trabajadores, temperaturas elevadas, humedad elevada, vibraciones, polvo, humo, gases, vapor procedente de agentes de limpieza excesivos o ruido.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las condiciones laborales en las que se encuentran los planchadores de los centros sanitarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

Es de suma importancia que todos los profesionales que trabajan en el sector del lavado y planchado sepan qué hacer para evitar accidentes y contaminación en el trabajo. Por esta razón, los trabajadores deben ser conscientes de los riesgos físicos y biológicos a los que están expuestos en el trabajo y cómo evitarlos y limitar su posible propagación. Es muy beneficioso para todo el personal considerar precauciones generales para evitar accidentes físicos y la transmisión de agentes biológicos. Hay que tener en cuenta:

- La ropa interior que contiene fluidos corporales u objetos punzantes puede provocar laceraciones.

- Es muy importante el uso de guantes. El personal debe usar guantes de látex y mascarillas FFP2 (debido a la pandemia) en todo momento cuando reciba y clasifique la ropa sucia de los clientes y el personal del centro, y cuando la cargue en las lavadoras.
- Escrupulosa Higiene Personal: Los profesionales de este servicio deben esforzarse en lavarse las manos con frecuencia, pero especialmente en determinados momentos. B. Tener más cuidado antes de comer, beber o fumar, al final del día y siempre que puedas tocarte la cara con las manos. Todos los métodos requieren mucho trabajo y tiempo. Conviene eliminarlos y simplificarlos (atención a la vestimenta, distribución de piezas y cantidades, etc. Solo así se puede garantizar un proceso de limpieza rápido, también le recomendamos que no coma ni beba fuera del local especialmente diseñado. Es importante mantener nuestras manos bien hidratadas para protegernos de los microbios infecciosos que pueden entrar a través de nuestra piel.
- La vacunación es un gran aliado también para estos profesionales. El Centro de Salud Laboral puede explicarle los pros y los contras de la vacunación contra estos virus e infecciones (gripe, tétanos, hepatitis).

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, es fundamental tomar medidas para vigilar la salud de los trabajadores del servicio de planchado en los centros de salud, ya que existe un mayor riesgo de transmisión si se produce un accidente al dejar caer objetos punzantes o rasgados en lugares inadecuados o en contenedores inadecuados. En los casos de la enfermedad, en muchos casos es imposible determinar el origen del paciente. También deberían implementarse medidas previas a la exposición combinadas con campañas educativas y el uso obligatorio de medidas de protección individuales y colectivas, incluidos procedimientos para la manipulación de objetos potencialmente infectados que puede dañar a la salud.

6 Bibliografía

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

Capítulo 685

LAS TAREAS DEL CELADOR EN LA CONSULTA DE ECOGRAFÍA VAGINAL

CARMEN MORA DÍAZ

PABLO MARTÍN SERRANO

GREGORIA DUQUE LORENTE

DIANA MIRA RODRÍGUEZ

MAGDALENA SALAZAR CANO

1 Introducción

La ecografía vaginal es una técnica de diagnóstico por imágenes que se utiliza en medicina para examinar los órganos reproductores femeninos, específicamente la vagina, el útero, los ovarios y las estructuras circundantes. A diferencia de la ecografía abdominal, donde se aplica el transductor en la parte externa del abdomen, en la ecografía vaginal se introduce un transductor especializado en la vagina de la paciente. Esta proximidad permite obtener imágenes más detalladas y precisas de los órganos pélvicos, lo que es especialmente útil en ginecología y obstetricia.

El concepto principal detrás de la ecografía vaginal es utilizar ondas de ultrasonido de alta frecuencia para crear imágenes en tiempo real de los órganos pélvicos internos. El transductor vaginal emite estas ondas ultrasónicas, que luego rebotan en los tejidos y órganos internos, generando imágenes en el monitor. Estas

imágenes son evaluadas por un profesional de la salud para diagnosticar afecciones ginecológicas, como fibromas uterinos, quistes ováricos, embarazo temprano y problemas en el endometrio.

La ecografía vaginal es una herramienta valiosa en la atención médica de las mujeres, ya que permite la detección temprana y el seguimiento de diversas afecciones ginecológicas. Además, es una técnica relativamente segura y cómoda para las pacientes, ya que por lo general es menos invasiva que otros procedimientos diagnósticos.

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 crucial en una consulta de ecografía vaginal para garantizar la seguridad, el bienestar y la eficiencia del proceso. Aquí se presentan las funciones clave que un celador suele cumplir en este entorno médico específico:

Preparación de la sala: El celador es responsable de asegurarse de que la sala de ecografía vaginal esté debidamente equipada y lista para recibir a las pacientes. Esto incluye verificar que el equipo de ecografía esté en funcionamiento, que los suministros estén disponibles y que la sala esté limpia y ordenada.

Asistencia a las pacientes: Las pacientes pueden sentir ansiedad o nerviosismo antes de un procedimiento de ecografía vaginal. El celador desempeña un papel

importante al ofrecer apoyo emocional, explicar el procedimiento y responder a las preguntas de las pacientes. También debe mantener la privacidad y el respeto por la dignidad de la paciente en todo momento.

Preparación de las pacientes: El celador puede ayudar a las pacientes a prepararse para el procedimiento, asegurándose de que estén cómodas y en la posición adecuada. Esto incluye proporcionar ropa desechable o una bata si es necesario.

Colaboración con el personal médico: Durante el procedimiento de ecografía vaginal, el celador colabora con el profesional de la salud que realiza la ecografía. Puede ayudar en la inserción del transductor vaginal y en el posicionamiento de la paciente para obtener las imágenes adecuadas.

Seguridad y emergencias: El celador debe estar preparado para responder ante cualquier emergencia médica que pueda surgir durante el procedimiento. Esto incluye conocer la ubicación de los equipos de primeros auxilios y saber cómo actuar en situaciones críticas.

Limpieza y desinfección: Después de cada procedimiento, el celador participa en la limpieza y desinfección de la sala y del equipo utilizado, siguiendo estrictos protocolos de higiene para prevenir infecciones.

Registro de datos: Puede ser responsabilidad del celador registrar información relevante sobre el procedimiento, como la hora en que se realizó, los detalles de la paciente y cualquier observación importante.

El celador en una consulta de ecografía vaginal cumple un rol esencial para asegurar que el procedimiento se realice de manera segura, respetuosa y eficiente. Su apoyo tanto a las pacientes como al personal médico contribuye significativamente al funcionamiento exitoso de este entorno médico específico.

5 Discusión-Conclusión

Para asegurar un buen funcionamiento de la consulta de ecografía vaginal, el celador debe enfocarse en la atención al paciente y la eficiencia operativa. Es fundamental mantener un ambiente acogedor y de apoyo para las pacientes, brindándoles información clara sobre el procedimiento y asegurándose de que se sientan cómodas y respetadas en todo momento. Además, la privacidad y la confidencialidad son primordiales.

La comunicación efectiva con el personal médico es esencial para garantizar un flujo de trabajo sin problemas. Debe estar preparado para colaborar en la preparación de la sala y el posicionamiento de las pacientes, siempre siguiendo las pautas de higiene y seguridad. Mantener un enfoque en la limpieza y desinfección rigurosas es clave, y estar alerta ante situaciones de emergencia es una responsabilidad importante. En resumen, el celador debe ser un miembro comprometido del equipo de salud que prioriza el bienestar de las pacientes y la eficacia de la consulta de ecografía vaginal.

6 Bibliografía

Crespo, A. R., Alamillo, M. Á. T., & Ortuño, B. R. Funciones del celador en la atención sanitaria. Lulu. com.

Capítulo 686

LAS TAREAS DEL CELADOR EN LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA

CARMEN MORA DÍAZ

PABLO MARTÍN SERRANO

GREGORIA DUQUE LORENTE

DIANA MIRA RODRÍGUEZ

MAGDALENA SALAZAR CANO

1 Introducción

La consulta de endocrinología es un servicio médico especializado que se enfoca en el diagnóstico y tratamiento de trastornos relacionados con el sistema endocrino. El sistema endocrino está compuesto por glándulas que producen hormonas, las cuales desempeñan un papel fundamental en la regulación de diversas funciones corporales, como el metabolismo, el crecimiento, la reproducción y el equilibrio hormonal. La endocrinología se encarga de estudiar cómo estas hormonas interactúan con el cuerpo y cómo su desequilibrio puede dar lugar a una amplia variedad de condiciones médicas.

El concepto central de la consulta de endocrinología es abordar afecciones relacionadas con las glándulas endocrinas y las hormonas que producen. Los pacientes que suelen acudir a esta consulta pueden presentar trastornos como la diabetes, enfermedades de la tiroides, trastornos del crecimiento, trastornos del

equilibrio hormonal, osteoporosis, entre otros. Los endocrinólogos realizan evaluaciones exhaustivas, incluyendo pruebas de laboratorio y estudios de imágenes, para diagnosticar y comprender la naturaleza de los desequilibrios hormonales.

Una vez realizado el diagnóstico, la consulta de endocrinología se enfoca en desarrollar planes de tratamiento individualizados, que pueden incluir cambios en la dieta, medicamentos, terapia hormonal y, en algunos casos, cirugía. El objetivo principal es restaurar el equilibrio hormonal y mejorar la calidad de vida del paciente. En resumen, la consulta de endocrinología es esencial para el manejo de trastornos hormonales y desempeña un papel crucial en el cuidado de la salud endocrina 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 desempeña un papel importante en la consulta de endocrinología al garantizar un entorno seguro y eficiente para los pacientes y el personal médico. Aunque las funciones pueden variar según la institución de salud, aquí se presentan las tareas clave que suele cumplir un celador en este entorno:

Recepción y atención al paciente: El celador recibe a los pacientes en la consulta de endocrinología, brindándoles información sobre el procedimiento, los horarios y la ubicación. También registra datos básicos del paciente y puede ayudar en el proceso de registro y documentación médica.

Preparación de la sala: Antes de que comience la consulta, el celador se asegura de que la sala esté limpia y equipada con los suministros necesarios, como sillas, camillas, materiales de educación para el paciente y dispositivos médicos.

Asistencia al paciente: Durante la consulta, el celador puede ayudar a los pacientes a moverse de una sala a otra si es necesario, asegurándose de que estén cómodos y proporcionando apoyo emocional cuando sea necesario.

Colaboración con el personal médico: El celador trabaja en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería en la realización de procedimientos, como la toma de muestras de sangre o la administración de medicamentos. También puede ser responsable de la preparación de las salas de examen para los pacientes.

Seguridad del paciente: El celador debe estar alerta ante cualquier signo de malestar o necesidad por parte del paciente. En situaciones de emergencia, debe estar preparado para actuar según los protocolos de seguridad y solicitar ayuda cuando sea necesario.

Transporte de pacientes: En algunos casos, los pacientes pueden requerir transporte a otras áreas del hospital o clínica para realizar pruebas adicionales o procedimientos. El celador puede ser responsable de movilizar a los pacientes de manera segura y confortable.

Limpieza y desinfección: Después de cada consulta, el celador puede participar en la limpieza y desinfección de las áreas utilizadas, asegurándose de mantener un ambiente higiénico y seguro.

El celador desempeña un papel esencial en la consulta de endocrinología al garantizar que el entorno sea acogedor, seguro y eficiente para los pacientes y el personal médico. Su capacidad para colaborar, mantener la privacidad y brindar apoyo emocional contribuye significativamente a la calidad de la atención médica en este entorno especializado.

5 Discusión-Conclusión

Para asegurar un buen funcionamiento de la consulta de endocrinología, el celador debe enfocarse en la atención centrada en el paciente y la colaboración efectiva. Es esencial recibir a los pacientes con amabilidad, proporcionar información clara y mantener la privacidad en todo momento. Además, la comunicación fluida con el personal médico y de enfermería es clave para coordinar los proced-

imientos y garantizar una atención eficiente.

El celador debe estar preparado para ayudar a los pacientes con movilidad reducida y estar alerta ante cualquier señal de malestar durante la consulta. Mantener la sala limpia y ordenada, así como participar en la limpieza posterior, contribuye a un ambiente seguro y cómodo.

El celador debe ser un apoyo fundamental para el equipo de endocrinología, enfocándose en el bienestar de los pacientes, la comunicación efectiva y el mantenimiento de un entorno de atención de alta calidad.

6 Bibliografía

Crespo, A. R., Alamillo, M. Á. T., & Ortuño, B. R. Funciones del celador en la atención sanitaria. Lulu. com.

Capítulo 687

LAS TAREAS DEL CELADOR EN LA CONSULTA DEL INTERNISTA

CARMEN MORA DÍAZ

GREGORIA DUQUE LORENTE

PABLO MARTÍN SERRANO

DIANA MIRA RODRÍGUEZ

MAGDALENA SALAZAR CANO

1 Introducción

La consulta de medicina interna hospitalaria es un componente vital de la atención médica en entornos hospitalarios. Se trata de un servicio especializado que se centra en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de una amplia variedad de enfermedades y afecciones médicas en pacientes adultos. Esta rama de la medicina interna se destaca por su enfoque en casos complejos y a menudo críticos, donde la coordinación de la atención y el conocimiento experto son cruciales. En la consulta de medicina interna hospitalaria, los médicos internistas, también conocidos como internistas hospitalarios, desempeñan un papel esencial. Su formación en medicina interna les permite abordar una amplia gama de problemas médicos, desde enfermedades crónicas hasta emergencias médicas. Estos profesionales trabajan en estrecha colaboración con otros especialistas y el personal de enfermería para proporcionar una atención integral y personalizada a los pacientes.

Uno de los aspectos destacados de la consulta de medicina interna hospitalaria es su capacidad para manejar casos complejos y coordinar múltiples aspectos de la atención médica. Los internistas hospitalarios pueden cuidar de pacientes hospitalizados, diagnosticar afecciones médicas difíciles y asegurar que los tratamientos sean efectivos. Además, su enfoque en la medicina basada en la evidencia y la toma de decisiones clínicas precisas ayuda a mejorar los resultados de los pacientes.

La consulta de medicina interna hospitalaria desempeña un papel esencial en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades en entornos hospitalarios. Los médicos internistas hospitalarios son expertos en abordar casos médicos complejos y críticos, lo que contribuye a la atención de alta calidad y al bienestar de los pacientes en el ámbito hospitalario.

2 Objetivos

- Mostrar las funciones del celador en aquellas tareas e intervenciones que son de su competencia en la consulta del internista.

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 desempeña un papel fundamental en la consulta de medicina interna hospitalaria, contribuyendo al funcionamiento eficiente y a la atención de calidad que los pacientes merecen.

A continuación, se describen sus funciones principales:

- Asistencia a los pacientes:

Los celadores reciben a los pacientes en la consulta, les proporcionan información sobre los procedimientos a seguir y los acompañan a las áreas de atención.

Este primer contacto es esencial para que los pacientes se sientan bienvenidos y comprendidos.

- Movilización de pacientes:

En la consulta de medicina interna, algunos pacientes pueden tener dificultades para moverse debido a su estado de salud. Los celadores ayudan en la movilización de los pacientes, ya sea para trasladarlos a la sala de espera, realizar estudios diagnósticos o llevarlos a sus habitaciones en caso de hospitalización.

- Logística y suministros:

Los celadores son responsables de mantener el orden y la limpieza en la consulta. Además, se encargan de asegurarse de que se disponga del equipo médico y suministros necesarios para el funcionamiento de la consulta, como sillas de ruedas, camillas o materiales de curación.

- Transporte de documentación: Pueden ser responsables de llevar y entregar documentación médica importante, como historias clínicas o resultados de pruebas, a las áreas correspondientes dentro del hospital, garantizando que la información llegue de manera oportuna y precisa.

- Colaboración con el personal médico y de enfermería:

Los celadores trabajan en estrecha colaboración con médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud. Ayudan en la preparación de las salas de examen, la movilización de pacientes durante procedimientos y la transferencia segura de pacientes entre áreas del hospital.

- Seguridad y emergencias:

En situaciones de emergencia, como códigos de respuesta rápida o evacuaciones, los celadores desempeñan un papel vital al ayudar en la movilización segura de pacientes y garantizar su bienestar durante estas circunstancias críticas.

- Apoyo al paciente y familiares:

Los celadores pueden proporcionar apoyo emocional a los pacientes y sus familias, brindándoles información sobre los procedimientos y ayudándoles a sentirse cómodos en un entorno hospitalario a menudo estresante.

- Mantenimiento de la privacidad:

Es esencial que los celadores respeten y mantengan la privacidad y confidencialidad de los pacientes, garantizando que la información médica y las conversaciones sean tratadas con la máxima discreción.

El celador en la consulta de medicina interna hospitalaria juega un papel clave en la atención y comodidad de los pacientes, facilita el funcionamiento eficiente de la consulta y contribuye a un entorno hospitalario seguro y ordenado. Su trabajo es esencial para asegurar que los pacientes reciban la atención que necesitan de manera adecuada y con respeto.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar un buen funcionamiento de la consulta de medicina interna hospitalaria es fundamental que el celador siga algunas recomendaciones clave. En primer lugar, la comunicación efectiva y el trato amable hacia los pacientes son esenciales. Deben recibir a cada paciente con una sonrisa, brindar información clara sobre los procedimientos a seguir y asegurarse de que se sientan cómodos y atendidos.

En segundo lugar, la organización y la atención a los detalles son críticas. Mantener la limpieza y el orden en la consulta, así como asegurarse de que se cuente con el equipo y los suministros necesarios, contribuye a un ambiente de trabajo eficiente. Además, colaborar de manera efectiva con el personal médico y de enfermería, siguiendo sus indicaciones y apoyando en la movilización de pacientes, agiliza la atención.

El celador desempeña un papel esencial en el funcionamiento de la consulta de medicina interna, brindando atención amable y organización para asegurar que los pacientes reciban la mejor atención posible. Su compromiso con la comodidad y el bienestar de los pacientes es fundamental para el éxito de la consulta.

6 Bibliografía

1. Crespo, A. R., Alamillo, M. Á. T., & Ortuño, B. R. Funciones del celador en la atención sanitaria. Lulu. com.

Capítulo 688

INTERVENCIÓN DE ASEO Y DUCHA EN PACIENTE DE ULE DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

BEATRIZ MARTÍNEZ MARTÍNEZ

ALEXANDRA ARANDA ROMERO

CLARA ISABEL POVEDA ORTÍN

SILVIA EXPOSITO

ANGELA GUIRADO MARTOS

1 Introducción

Las Unidades de Larga Estancia (U.L.E) de salud mental son un recurso hospitalario destinado a personas con trastornos mentales graves y crónicos, que requieren una estancia prolongada para ofrecer a los pacientes un tratamiento interdisciplinar adecuado a sus necesidades.

En este caso es una ULE que hace más de 20 años no recibe nuevos usuarios, por lo tanto, se ha convertido en un centro cerrado que se mantiene con los pacientes que ya están en ella, los cuales van disminuyendo según van falleciendo. Lo que conlleva que el entorno de tratamiento, aunque no sea un entorno natural como tal para los pacientes, si lo sea en cierta medida, ya que la mayoría llevan más parte de su vida dentro del servicio que fuera de ella.

Por lo tanto, el terapeuta ocupacional, durante el proceso de intervención, tiene que tener en cuenta estas características especiales de esta unidad de larga estancia.

Sus objetivos deben ir dirigidos a mejorar la calidad de vida de los pacientes, teniendo pendiente en todo momento que las actividades se deberán ir ajustando a las necesidades y cambios que experimente el servicio. Sin perder en ningún momento de vista que el papel de la terapia ocupacional se inicia en la valoración holística e individualizada de cada paciente, diseñando un plan de intervención único para cada uno. Es decir, que aunque todos residan en el mismo recurso y realicen actividades conjuntas, cada paciente debe tener sus propios objetivos y tratamiento individualizado.

El caso que nos acontece es una paciente que lleva más de media vida institucionalizada, que en la actualidad está descompensada psicopatológicamente, por lo que su desempeño en las AVD se está viendo alterado y deteriorado.

2 Objetivos

Explicar la importancia de fomentar la autonomía e independencia personal en aseo y baño en pacientes de ULE.

3 Caso clínico

El caso que nos acontece es de una mujer de 59 años de edad diagnosticada de esquizofrenia paranoide crónica de años de evolución con exacerbación aguda.

Su primer ingreso hospitalario debido a su patología fue a los 16 años, en el que estuvo ingresada más o menos un mes. Durante 5 años asiste a hospital de día, en los cuales presenta alteraciones de conducta, agresividad con la madre y esto hace imposible la convivencia familiar. Por lo tanto, vuelve a ingresar en hospital especializado en salud mental a los 21 años de edad. En ese momento presentaba crisis de intensa ansiedad, decía ver fuego en la habitación, asesinatos, etc. Se le cambiaba la expresión facial en momentos, igual se ponía a llorar como a reír, se mostraba agresiva con trabajadores y con otros pacientes del hospital.

En la actualidad la paciente permanece institucionalizada desde entonces sin que sea previsible su alta o traslado a otro dispositivo. Normalmente, participa en las actividades programadas del servicio como son las de terapia ocupacional.

Mantiene relación familiar con sus dos hermanas que la visitan con cierta regularidad los fines de semana que pueden hacerlo y realizan llamadas de teléfono frecuentes, además tiene reconocida una incapacidad legal total, siendo una de sus hermanas su tutora legal.

La paciente ha presentado en el último año varias descompensaciones agudas de su enfermedad basal, precisando de ajustes de tratamiento y seguimiento estrecho. Mantiene de forma crónica alucinaciones auditivas en campo interno e ideas delirantes, con repercusión emocional y conductual, presenta episodios de intensificación de estos síntomas, en los que presenta bloqueo marcado y alteraciones conductuales asociadas, sin embargo, no ha presentado dificultades de manejo graves.

En el momento actual, en la valoración realizada desde terapia ocupacional, comprobamos que dentro de las ABVD lo que limita su autonomía, son sus rituales y comportamientos compulsivos repetitivos. Llegando en algunos momentos a autolesionarse con el uso exagerado e inadecuado de productos de aseo, como puede ser la crema depilatoria. Además, al entrar en esa dinámica de bucle lleva a que no cumpla el horario establecido, llegando tarde al desayuno y por consiguiente al resto de actividades planificadas a lo largo del día.

Según el índice de Barthel la paciente obtiene una puntuación de 80/100, lo que nos dice que es independiente, pero que requiere supervisión estrecha, sobre todo en la higiene.

En cuanto a las AIVD, en la unidad se realiza la limpieza y orden de la habitación, la cual realiza de manera exhaustiva, siendo necesaria supervisión debido a que gasta gran cantidad de productos de limpieza. Además, tiende a acumular ropa y útiles de aseo en el armario.

No realiza buen manejo del dinero y su asignación semanal se la gasta según la recibe. Por lo que requiere de supervisión e indicaciones en su manejo.

Teniendo en cuenta las relaciones personales; suele relacionarse con los trabajadores y resto de pacientes, presenta buen nivel de comunicación verbal y no verbal. En sus periodos estabilizados ha sido capaz de expresar sus sentimientos y hacerlo de forma ajustada. En el momento actual, por su estado psicopatológico alterado, está tendiendo al aislamiento, al mutismo, a mirada con cierta suspicacia, a contestar con monosílabos y a pronunciar frases como “que el personal del servicio dicen cosas horripilantes de ella y le quieren hacer daño”.

En cuanto a las destrezas motoras, mantiene buen estado funcional, pero en mo-

mentos reagudizados como es el actual, presenta lentitud de movimientos.

La paciente conserva las habilidades cognitivas básicas, presentando dificultad para la planificación y orden en la ejecución de actividades.

Con todo este planteamiento actual y teniendo en cuenta el desarrollo a lo largo de su internamiento en la ULE, desde Terapia Ocupacional nos centramos en priorizar y trabajar la autonomía en el desempeño del aseo e higiene personal, sin dejar de trabajar indirectamente el resto de áreas, manteniendo su participación en sus programas grupales habituales como son el de; estimulación cognitiva, ocio e integración comunitaria, AIVD y psicomotricidad.

Para ello planteamos trabajar in situ en su habitación durante el horario establecido por la institución la realización del baño, dando pequeñas indicaciones del uso correcto de los productos y del cambio de frotar de una a otra parte del cuerpo. Además, se refuerzan dichas pautas mediante pictogramas sencillos pegados en la pared.

De primeras se le dejan solo la cantidad de los productos de higiene necesaria para un uso y según va mejorando se le va aumentando la cantidad de producto hasta que volvemos a dejarle los botes enteros.

Se involucra al resto del personal y de sus compañeros de la ULE en que refuercen de manera positiva los días que acude puntual a las diferentes actividades programadas. Lo que conlleva que sea ella misma la que tenga la intención de agilizar la actividad sin dejar de realizarla correctamente.

De esta forma y de manera progresiva, poco a poco vamos reduciendo los tiempos en su ejecución.

Es cierto, que hay días que su estado empeora, resultando bastante difícil mantener las estrategias conseguidas por ella, ya que resulta necesario darle un tratamiento bastante asistencial, pues se niega a salir de la ducha mientras no realice su ritual completo. Por eso es importante que recordemos nos encontramos en una unidad de larga estancia en la que se seguirá trabajando diariamente con la paciente, ya que su objetivo es complicado de mantener en el tiempo.

Por lo tanto, apuntamos que aunque actualmente ha reducido significativamente los rituales y los tiempos de ejecución de la actividad de aseo y baño, por desgracia puede volver a descompensarse, haciendo que volvamos a encontrarnos en el punto inicial de esta intervención.

Podemos destacar como lo favorable de este proceso de intervención ininterumpido, es que podemos realizar terapia de manera continua usando las técnicas que en intervenciones anteriores nos ayudaron a alcanzar el objetivo y descartando las que no resultaron efectivas.

Durante el proceso se ha buscado que desde la terapia ocupacional la paciente se encuentre segura y relajada, por lo que se pudiera crear ambiente terapéutico para tratar AVD tan íntimo como son el aseo y ducha.

En el desarrollo de las sesiones se ha tenido en cuenta el tener preparadas diferentes estrategias para dar respuesta a situaciones repentinas, debido al estado descompensado de la paciente y a no saber ese día como se iba a encontrar.

Resaltar que la paciente presentaba unos hábitos adquiridos y unas rutinas difíciles de cambiar que además en la actualidad están siendo exagerados debido a la descompensación de su enfermedad, por lo que se propició que fuera la paciente quien marcara los tiempos de duración de cada sesión y hasta donde quería trabajar en cada una de esas sesiones.

Por lo tanto, en la actualidad no podemos decir que hayamos alcanzado el objetivo al 100%, ya que aunque hemos avanzado bastante en su consecución, hay veces que retrocedemos una parte, teniendo que pararnos a reflexionar por donde continuar y como volver a trabajar para poder alcanzarlo siguiendo otra estrategia diferente. De ahí la importancia de tener un buen ojo clínico como terapeuta ocupacional y saber realizar un buen análisis de la actividad que nos permita cambiar las técnicas usadas para continuar con los planteamientos del tratamiento y poder alcanzar así el objetivo principal.

4 Discusión-Conclusión

La Terapia Ocupacional tiene en la actividad significativa y la ocupación su centro de atención. Siendo imprescindible un análisis correcto de la actividad que nos guíe para realizar una buena valoración del paciente y de su desempeño en dicha actividad, para gracias a este proceso poder ejecutar un buen plan de tratamiento, alcanzando así la consecución de las AVD.

Se ha comprobado que los pacientes que pasan por el departamento de Terapia Ocupacional mejoran su autonomía personal, ya que dicho paso dota al paciente de diferentes estrategias que favorecen un mejor desempeño ocupacional. Como Terapeutas Ocupacionales nos preocupamos en analizar y adaptar las AVD,

para mejorar su calidad de vida lo máximo posible, siendo una de las básicas el aseo y el baño.

Es importante trabajar de manera interdisciplinar con el resto de los trabajadores de la Unidad de Larga Estancia, ya que el terapeuta ocupacional no permanece las 24 horas dentro del servicio. Y las AVD se realizan a lo largo del día, por eso es imprescindible una buena comunicación con el resto de profesionales, además de que todos realicen un registro de su trabajo al que el resto puedan acceder revisándola, aportando más información en caso de ser necesario.

Se ha constatado la influencia positiva de un abordaje continuado de la terapia ocupacional en este tipo de pacientes debido a que por sus fluctuaciones en su estado de salud, es importante hacer una evaluación continua y reajustar su tratamiento constantemente a lo largo del tiempo.

En general, el estudio de casos clínicos es una herramienta eficaz que permite registrar los resultados obtenidos, pudiendo compararlo a otros casos similares. Por ello, la terapia ocupacional es una disciplina sanitaria que se apoya en ellos.

5 Bibliografía

1. Schell, B. — Gillen, G. — Scaffa, M. Willard y Spackman Terapia Ocupacional. Editorial Medica Panamericana S.A. Junio/2016. 12ª Edición
2. Moruno Miralles, P. & Valverde, T. (2011). Terapia ocupacional en salud mental. Madrid: Elsevier Masson.
3. Sánchez Rodríguez, Óscar., Polonio López, Begoña. and Pellegrini Spangenberg, Mariel. (2013). Terapia ocupacional en salud mental. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
4. Guzmán Lozano, Sergio. (2016) Manual práctico de salud mental en terapia ocupacional Madrid: Síntesis.

Capítulo 689

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁREA DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

ANDRÉS JESÚS PIQUERAS GONZÁLEZ

VIRGINIA CUERDA CANO

CELIA GONZÁLEZ CIFUENTES

1 Introducción

Durante el siglo XVIII los centros hospitalarios pasaron a ser gestionados por las distintas administraciones públicas, siendo en este momento cuando las entidades de urgencias hospitalarias aparecen y así se pretendió catalogar a los pacientes según la gravedad y el arquetipo de enfermedad.

Atendiendo a esto, las urgencias hospitalarias se clasifican de la siguiente manera:

- Nivel I: preeminencia absoluta con suma celeridad en la atención y sin dilación posible.
- Nivel II: coyunturas y circunstancias muy urgentes de peligro vital.
- Nivel III: situaciones urgentes, pero con hemodinámica estable con posible peligro para la vida.
- Nivel IV: el enfermo presenta un estado físico que no arriesga su estado general ni manifiesta un riesgo patente para su vida o su integridad física.

En este contexto, la distribución o estructura física del área de urgencias es básicamente la siguiente:

- El área de admisión de pacientes.

- El área clínica o médica propiamente dicha que engloba fundamentalmente las zonas de triaje, boxes, observación, críticos y rayos urgentes.
- El área de especialidades (traumatología, oftalmología, pediatría, etc.).
- El área quirúrgica.

En lo que respecta a la recepción de pacientes y/o usuarios, el auxiliar administrativo en las áreas de urgencias de un hospital determinado es, junto a la figura del celador, el primer enlace o contacto de un enfermo que se presenta con alguna patología de urgencia o emergencia.

Basándose en esto, el auxiliar administrativo facilitará el apoyo necesario para la óptima operatividad del sistema, es decir, de dicha área de urgencias y así aumentar el bienestar del paciente enfermo.

2 Objetivos

- Conocer de una forma general y básica las funciones específicas de la figura del auxiliar administrativo en el ámbito de las urgencias hospitalarias.
- Explicar de una forma sucinta pero clara el funcionamiento esencial de dicho servicio de urgencias hospitalarias.

3 Metodología

Para la preparación y posterior ejecución de este capítulo se han realizado diversas indagaciones en diferentes revistas científicas, diversas bases de datos como Pubmed o Google Scholar, libros versados sobre el tema en cuestión, búsquedas bibliográficas y artículos, reuniendo posteriormente aquella información más conveniente a la utilidad del capítulo presente.

4 Resultados

En este apartado vamos a ver las características generales del área de urgencias para así comprender mejor la tarea extraordinaria que realizan los auxiliares administrativos en este ámbito.

El cometido o misión principal del servicio de urgencias hospitalarias es asistir y solucionar o cuando menos intentar solucionar cualesquiera situaciones que pongan en peligro la vida de un paciente o se presuma una amenaza vital para dicho paciente, por medio de un diagnóstico temprano y lo más preciso posible así como los tratamientos adecuados para tal fin.

Por lo que a este capítulo respecta, esto es, que incumbe al auxiliar administrativo, este realiza una tarea decisiva y sumamente importante en la coordinación y administración de acciones y actividades en el servicio de las urgencias hospitalarias.

En general, las funciones específicas del auxiliar administrativo en esta unidad de urgencias se resumen en las siguientes:

- Registro de pacientes, esto es, inscribir a los pacientes que acuden al servicio de urgencias, tomando nota de su información personal mediante la respectiva tarjeta sanitaria u otros documentos que los identifiquen, así como información clínica y/o médica.
- Programación de citas, mediante la coordinación y planificación de citas médicas y las consiguientes pruebas diagnósticas que pudieran haberle prescrito los distintos profesionales sanitarios en el área de urgencias.
- Atención al público, facilitando toda la información necesaria a los pacientes y a sus familiares sobre temas como tramitación, tratamientos, tiempos de espera, etc.
- Comunicación interna, favoreciendo dicha comunicación entre el personal sanitario (facultativos, enfermería, etc.) y los usuarios, asegurando así una atención más rápida, eficaz y competente.
- Administración de documentos, gestionando eficazmente los registros y actualizándolos, clasificando y catalogando historias clínicas y asegurándose de que todos los documentos estén a la orden del día.
- Asistir a los pacientes en la administración y gestión de sus seguros médicos públicos o privados si los tuvieran, así como en los procedimientos de facturación si sus seguros son de ámbito privado.
- Organización de recursos, asistiendo en la disposición y asignación de camas y demás medios para los usuarios que precisen de hospitalización.
- Asegurar la privacidad e intimidad de la información clínica haciendo cumplir los protocolos de seguridad.

En síntesis, estas serían las principales tareas o funciones del auxiliar administrativo en el área de las urgencias hospitalarias, sin perjuicio de aquellas otras que pudieran ordenarle sus superiores jerárquicos.

5 Discusión-Conclusión

A tenor de lo expuesto anteriormente, podemos concluir que el servicio de urgencias hospitalarias es el sector o zona de un determinado hospital, encargado

de facilitar atención clínica (médica y quirúrgica) a usuarios que precisen de una atención rápida e inminente.

Como no requiere de una cita previa, como en el caso de la atención primaria en los centros de salud (a excepción de los puntos de atención continuada), el usuario enfermo podrá acudir en cualquier instante tanto por su propia cuenta como derivado por su centro de salud.

Basándose en lo referido en todo el capítulo, podemos asegurar que la figura del auxiliar administrativo en el área de urgencias hospitalarias cumple una función de suma importancia en aras de una administración eficaz en escenarios de una hipotética urgencia.

6 Bibliografía

Bibliografía.

- 1.- hospitalgalenia.com
- 2.- Wikipedia
- 3.- revista Ocronos
- 4.- revistamedica.com

Capítulo 690

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO

ANDRÉS JESÚS PIQUERAS GONZÁLEZ

VIRGINIA CUERDA CANO

CELIA GONZÁLEZ CIFUENTES

1 Introducción

El servicio de radiodiagnóstico, también llamado diagnóstico por imagen, es una de las especialidades clínicas cuyo fin primordial consiste en el diagnóstico o valoración de una determinada dolencia o enfermedad y su posterior método de curación, tratamiento y terapia.

Dicho servicio usa como apoyo tecnológico esencial las imágenes e información funcional que nos transmiten las radiaciones (ionizantes o no ionizantes), así como otras fuentes de energía.

El servicio de diagnóstico por imagen debe contar en sus filas con profesionales altamente cualificados por las características de la tecnología que se emplea en dicha área.

Las unidades de diagnóstico por imagen usan procedimientos de imagen fundamentadas en los rayos X.

Dichos rayos X se clasifican esencialmente de la siguiente manera:

- Radiología convencional.
- Tomografía Axial Computarizada, conocida como TAC.
- Telemandos, arcos vasculares, etc.
- Ecografía

- Resonancia magnética.

Aunque estos procedimientos son los más frecuentes, existen múltiples otros que no vamos a valorar.

Todos estos servicios radiológicos son también esenciales para una eficaz diagnóstico, valoración y posteriores terapias para tratar enfermedades y dolencias como el cáncer, patologías cardiovasculares, así como otros múltiples padecimientos puesto que también son primordiales en los servicios de traumatología y cirugías diversas.

En definitiva podemos decir que el servicio de diagnóstico por imagen o radiodiagnóstico proporciona a los profesionales sanitarios una visualización completa del interior de nuestro cuerpo con el objetivo principal de intentar encontrar posibles males o enfermedades y tratarlos eficazmente con premura, adelantándose a posibles complicaciones.

2 Objetivos

Describir las funciones específicas propias del auxiliar administrativo en el servicio de radiodiagnóstico.

3 Metodología

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

4 Resultados

El auxiliar administrativo en el servicio de radiodiagnóstico, también llamado de diagnóstico por imagen como ya hemos visto anteriormente, cumple un papel fundamental en la gestión de labores administrativas y de organización y provisión (de logística propiamente dicha) en el interior de un departamento o sección de radiología.

En este contexto las funciones o cometidos específicos del auxiliar administrativo son, como ya hemos manifestado anteriormente, múltiples y variadas con el fin de optimizar el funcionamiento de dicho servicio e incluyen las siguientes sin

perjuicio de cualesquiera otras tareas que le puedan ser encomendadas por sus superiores jerárquicos.

- 1.- Admisión de pacientes: el auxiliar administrativo asiste a los usuarios que llegan al servicio de rayos, tramitan sus citas y anotan y registran su información sustancial y personal.
- 2.- Archivo o clasificación de expedientes: el auxiliar administrativo ordena y actualiza las historias clínicas de los pacientes o usuarios, así como sus registros.
- 3.- Labor de coordinación de agendas: el auxiliar administrativo planifica y programa las citas que servirán para que puedan acceder a los procedimientos de diagnóstico por imagen prescritos u ordenados por su médico de cabecera o especialista de área y asegura asimismo que la circulación de pacientes dentro del recinto sea eficaz y fluida.
- 4.- Comunicación interna: al igual que en el área de urgencias el auxiliar administrativo favorecerá la comunicación entre el personal sanitario (médicos, enfermeros, etc...), personal técnico y personal administrativo asegurando así un servicio ágil y eficiente.
- 5.- Facturación y gestión de seguros: el auxiliar administrativo se encargará también de elaborar las facturas, tramitar reclamaciones de seguros y en definitiva administrar las cuestiones financieras que se relacionen con los usuarios o pacientes.
- 6.- Vigilar e inspeccionar los inventarios de abastecimiento y suministros médicos o clínicos así como asistir y cooperar en la administración y gestión del equipamiento y aparataje precisos para el óptimo funcionamiento de estos procedimientos y procesos.
- 7.- Conservar y actualizar los registros de los procesos llevados a cabo en dicho servicio de radiodiagnóstico, así como cooperar con los documentos necesarios para cumplir con las distintas regulaciones y ordenamientos.

En síntesis, estas serían las principales funciones y tareas (aunque no las únicas, ya que el personal superior jerárquico podría encomendarles otras) que ejercen los auxiliares administrativos en el servicio de radiodiagnóstico o diagnóstico por imagen.

5 Discusión-Conclusión

Como ya hemos advertido en el apartado de la Introducción de este capítulo, el servicio de radiodiagnóstico comprende un área altamente tecnificada, por lo que los profesionales que ejercen sus tareas en dicha área deben asimismo poseer

un alto grado de cualificación. Esto engloba y comprende también a la figura del auxiliar administrativo cuyas funciones y responsabilidades son múltiples y muy variadas como se ha ido observando en el desarrollo de este capítulo.

Es por ello que la figura del auxiliar administrativo en el servicio de diagnóstico por imagen o radiodiagnóstico se torna imprescindible en el engranaje de dicho servicio para la óptima efectividad del mismo.

Los auxiliares administrativos en este servicio de radiología cumplen tareas no solo administrativas sino también informativas y logísticas lo que les hace ser un pilar importante en este ámbito.

6 Bibliografía

1. Revista Ocronos.
2. Ley 55/2003 de 16 de Diciembre del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.
3. Ley 7/2007 de 12 de Abril del Estatuto Básico del Empleado Público.
4. revistamedica.com
5. congresosicepa.com

Capítulo 691

SERVICIO DE PLANCHA: TIPOS DE ROPA Y TEJIDOS QUE ENCONTRAMOS EN ESTE SERVICIO EN CENTROS SANITARIOS

FRANCISCA HONRUBIA VILLENA

ISABEL ATIENZAR GÓMEZ

ADORACIÓN DIAZ SEGOVIA

URSULA DIAZ SEGOVIA

MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA

1 Introducción

La zona de la plancha y su infraestructura es una instalación hospitalaria fundamental. Los hospitales, hogares o incluso centros de salud deben limpiar o desinfectar inmediatamente su ropa debido a los distintos virus que hay en ellos. Por ello es necesario planchar y lavar a altas temperaturas, usar, los productos químicos necesarios y el equipamiento altamente especializado, por ello en las lavanderías hospitalarias que son las encargadas de realizar una desinfección exhaustiva.

Se debe de establecer los estándares de cuidado más estrictos para esta industria con respecto a los uniformes y la ropa de pacientes y empleados.

La vestimenta hospitalaria se puede dividir en dos categorías: - Ropa de línea, que se compone de una sola pieza de tela e incluye elementos como sábanas, fundas de almohada, insertos y paños de cocina.

- La ropa con formas es un grupo de prendas con variedad de formas que se confeccionan a partir de dos o más piezas de tela, como pijamas, batas, pantalones y chaquetas.

La infraestructura y herramientas de la zona de la plancha son ideales para realizar estas tareas y los trabajadores que manipulan estas prendas corren el riesgo de entrar en contacto con microorganismos que pueden propagar enfermedades infecciosas, además de que el polvo entre en sus pulmones y dañe o desencadene alergias para evitarlo usar protección y buena higiene como, lavado de manos, mascarillas, etc.

2 Objetivos

El principal objetivo de este capítulo es conocer las distintas clases de textil que hay en la ropa hospitalaria, y saber el proceso de producción de ropa de lavandería y plancha, desde que llega del hospital sucia pasa por la zona de planchado hasta que sale de nuevo al hospital limpio y desinfectado.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda de revisión bibliográfica de libros y artículos, en las principales bases de datos de páginas de internet como Scielo y buscadores como Google con palabra clave proceso de producción de ropa hospitalaria”, ropa, plancha y máquinas de lavandería.

4 Resultados

Desde que el servicio de plancha hospitalaria recibe los carros de material de los hospitales hasta que se lava y plancha el material para la lencería o suelos hospitalarios, comienza el proceso de producción. Primero se clasifica la ropa y luego se transporta mediante cintas transportadoras a las lavadoras, donde deben lavarse a temperaturas de hasta 60 grados. La eliminación de manchas, el saneamiento de la ropa, el blanqueo, la protección de las telas y la conservación del color son sólo algunos ejemplos de los objetivos que se pueden lograr con el lavado. Dependiendo del tipo de tejido o prenda, luego se pasa a la zona de secado o planchado. Se

debe tener cuidado al manipular esta ropa para evitar manchas o contaminación. Al secar la ropa, es necesario liberar la humedad retenida; para esto se utilizan secadoras o túneles de secado, y en el área de planchado es necesario aplicar calor y presión. Para ello se utilizan calandras o placas de prensa. El plegado de la ropa, que puede realizarse manualmente o con ayuda de máquinas, tiene como objetivo minimizar el espacio que ocupan las prendas, disminuir las arrugas y facilitar su manipulación. A partir de ahí, se colocan con el lomo hacia afuera en estantes o carros. Luego se distribuyen a los departamentos de lencería, a las plantas de los hospitales o a los propios hospitales. La vestimenta hospitalaria se puede clasificar según los tejidos con los que está confeccionada. El algodón es una elección de tejido común debido a su resistencia, absorbencia, facilidad de teñido, alto nivel de comodidad y capacidad para crear prendas transpirables. - Lino: muy duradero, buen conductor del calor y fresco al tacto. - La lana tiene excelente resistencia, elasticidad que evita que se deforme, absorción de humedad y poca arruga. - La seda es flexible, absorbente, suave al tacto y absorbe bien los tintes. - El tejido elaborado con fibras artificiales permite la transpiración y tiene un tacto suave y ligero.

- Las fibras sintéticas son muy duraderas, no se arrugan ni se deforman y son químicamente resistentes.

5 Discusión-Conclusión

En una lavandería producir ropa implica convertir la ropa sucia y contaminada en ropa limpia. Este proceso debe realizarse con un exhaustivo control en todas sus fases, así como la verificación de que las operaciones en los distintos tramos son precisas. Por el bien de la seguridad de los pacientes y del personal sanitario, este procedimiento de lavado debe ser minucioso. Se deben utilizar los materiales adecuados para salvaguardar y desinfectar las prendas porque tanto las sábanas como la ropa pueden transmitir enfermedades y así conseguir el bienestar del paciente.

6 Bibliografía

1. www.saludneuquen.gorb.ar.
2. www.equipo.com.

Capítulo 692

RIESGOS LABORALES Y MEDIDAS PREVENTIVAS DE LOS PINCHES DE LA COCINA HOSPITALARIA

ROSARIO MARTINEZ DOMINGUEZ

ANA GARCÍA

LIDIA GIL MORENO

MARÍA JOSÉ COPETE ESPARCIA

MARIA AURORA LÓPEZ SERRANO

1 Introducción

Por lo general el trabajo en las cocinas de colectividad y en especial las cocinas hospitalarias tienen una serie de riesgos que pueden afectar a los trabajadores. Para ello estos centros deben contar con un plan específico de riesgos laborales y ofrecer a los trabajadores formación adecuada a su puesto de trabajo. Para la realización del plan de prevención en la cocina hospitalaria tenemos que tener en cuenta factores como la organización del trabajo y las funciones específicas de cada puesto de trabajo. Para identificar los peligros y poner en marcha medidas preventivas adecuadas a cada puesto. Detectar los riesgos en una cocina es el primer paso para evitar accidentes y otras enfermedades profesionales. También hay que someter a los trabajadores de la cocina hospitalaria a la vigilancia de la

salud, para analizar su estado físico y ver el impacto que tiene el trabajo en la salud de los trabajadores.

El principal propósito de la vigilancia de la salud es el análisis del impacto que el trabajo tiene sobre la salud de los trabajadores y con la información obtenida, mejorar las condiciones de trabajo e identificar los efectos adversos para eliminarlos o cuanto menos, mitigarlos y adaptar las condiciones de trabajo a la salud de las personas que trabajan en la cocina, entre ellos los pinches.

2 Objetivos

El principal objetivo que persigue esta publicación es identificar los peligros que hay en la cocina de un hospital, y proponer las medidas preventivas necesarias para evitarlos. Consiguiendo así, que la salud de los trabajadores sea correcta y esté salvaguardada.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda de libros y artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline, Scielo, sobre el contenido de prevención de riesgos laborales en cocinas hospitalarias. Se encontraron una veintena de referencias, descartándose las que no se adaptaban a nuestra búsqueda.

4 Resultados

Vamos a partir de los riesgos a los que nos podemos enfrentar los pinches dentro de una cocina hospitalaria, para a partir de ahí establecer las medidas preventivas necesarias para cada peligro.

- Quemaduras.
- Cortes.
- Cambios bruscos de temperatura.
- Caídas, golpes y choques.
- Sobrecargas posturales.
- Riesgo eléctrico.
- Riesgo de incendio.
- Riesgo químico.

-Riesgos biológicos.

Una vez identificados los riesgos podemos proponer las siguientes medidas preventivas para eliminarlos:

- Para evitar quemaduras deberemos usar guantes térmicos a la hora de manipular hornos, marmitas, basculantes, sartenes o cualquier otro utensilio que sea una fuente de calor. También en zonas de emplatado a la hora de manipular platos u otro menaje que se encuentre a temperaturas elevadas.
- Para evitar cortes, los utensilios de corte deben estar bien afilados, utilizaremos guantes de malla a la hora de manipular carnes y pescados. Las maquinas de corte tienen que estar suficientemente protegidas y tener la partes afiladas y cortantes ocultas.
- En cuanto a los cambios bruscos de temperatura, tendremos siempre a mano ropa para protegernos de los cambios de temperaturas que nos podemos encontrar en la cocina, pasando de cámaras que se encuentran a pocos grados a hornos que están a temperaturas elevadas.
- Para prevenir caídas, el espacio de la concina debe estar despejado y organizado de tal manera que sea fácil la circulación en la cocina y haya los menos obstáculos posibles. No debe haber líquidos o aceites en el suelo, si se derraman deberán limpiarse inmediatamente y señalizar las zonas mojadas. Hay que utilizar calzado de seguridad y antideslizante. Para evitar golpes y atropellos con los diferentes carros que hay en la cocina, estos deben estar alineados y correctamente engrasados para que su manejo sea menos costoso. Los carros deben ser de un tamaño que permitan la visibilidad para evitar choques.
- Para evitar sobreesfuerzos y cargas posturales hay que utilizar transpaletas para transportar objetos pesados. La carga de cajas y objetos de forma manual, será del menor peso posible, con la espalda recta, sin giros del tronco y la carga cerca del cuerpo. Se evitarán posturas forzadas.
- Para evitar riesgo eléctrico se desconectarán los aparatos eléctricos siguiendo las indicaciones, no se manipularán indebidamente los equipos ni las conexiones eléctricas. Hay que evitar sobrecargar las tomas de corriente, evitando utilizar varias clavijas con distintos apliques a la vez y una recomendación muy importante es que antes del uso de equipos eléctricos asegurar que tenemos manos y pies secos.
- Algunas recomendaciones para evitar riesgo de incendio y explosión; se aproximará la llama al quemador y después se abrirá la llave de paso de la cocina para realizar el encendido del fogón. En el caso de fugas de gas, no activar interruptores eléctricos, no encender mecheros o cerillas, cortar las llaves de paso y airear la zona, llamar inmediatamente al Servicio de Mantenimiento. En caso de incen-

dio avisar al personal sin crear alarma y seguir las indicaciones de los equipos de intervención.

-Para evitar riesgos por la manipulación de productos químicos debemos asegurar que la información de los productos químicos a utilizar (etiquetado y ficha de seguridad) se encuentran en el producto. Hay que usar los equipos de protección que el fabricante recomienda para su manipulación. No se deben mezclar productos de limpieza salvo que el fabricante contemple esa posibilidad. Utilizar el envase y los útiles de aplicación necesarios para cada producto.

-Por último, algunas recomendaciones para evitar riesgos biológicos. Para evitar la contaminación cruzada no emplear esponjas o paños ya muy desgastados y sin higienizar. No utilizar los mismos útiles para los alimentos crudos y los cocidos, ya que las bacterias del primer utensilio se podrían transmitir a los segundos. Extremar la higiene personal mediante lavabos o duchas provistas de jabones, no fumar, comer o beber en los lugares de trabajo y uso obligatorio de EPI, como guantes, mascarillas, gafas u otros.

5 Discusión-Conclusión

Los pinches de cocina están expuestos a distintos riesgos inherentes a su puesto de trabajo, la identificación de los riesgos y la elaboración de un plan de prevención es esencial para su salud laboral. La formación en prevención de riesgos laborales debe ser suficiente y debe estar actualizada. La prevención de riesgos laborales es un derecho que se recoge en el Estatuto de los trabajadores y que junto con la vigilancia de la salud es un pilar fundamental para garantizar la salud de los trabajadores, en este caso los pinches de la cocina hospitalaria. Los trabajadores son la pieza clave para la detección y prevención de situaciones de riesgo, y también tienen la obligación de cumplir las medias de prevención que les sean de aplicación. Por último, los trabajadores tienen derecho a participar en la empresa en las cuestiones relacionadas con la prevención de riesgos laborales.

6 Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA

Guía básica y general de Orientación para la Vigilancia de la Salud y Prevención de Riesgos laborales, 2015-2020 del Ministerio de Sanidad.

Web Consejería del Servicio de Salud Manchego, normas de trabajo en Cocina.

Ley de Prevención de Riesgos Laborales

Prevención de Riesgos Laborales Específicos en la Cocina Hospitalaria. Guía de Buenas Prácticas Ed. MAD

Capítulo 693

INTERVENCIÓN EN DOMICILIO DE PACIENTE CON DEMENCIA POR CUERPOS DE LEWY DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

BEATRIZ MARTÍNEZ MARTÍNEZ

ALEXANDRA ARANDA ROMERO

CLARA ISABEL POVEDA ORTÍN

SILVIA EXPOSITO

ANGELA GUIRADO MARTOS

1 Introducción

Demencia es la pérdida de funciones mentales lo suficientemente severa para afectar las actividades de la vida diaria. Estas funciones incluyen:

- Memoria
- Habilidades del lenguaje
- Percepción visual
- Solución de problemas
- Tareas cotidianas
- Atención

La demencia con cuerpos de Lewy es una enfermedad descubierta en 1912 por el Dr. Friederich Lewy, neurólogo alemán, el cual, descubrió depósitos de proteínas anormales llamadas α -sinucleína (a-SIN) que alteran el funcionamiento normal del cerebro. De ahí que venga su nombre de "cuerpos de Lewy".

En el cerebro sano, la alfa-sinucleína en la sinapsis se encarga de la comunicación de las neuronas.

En la demencia con cuerpos de Lewy, la alfa-sinucleína alterada se forma en grupos dentro de las neuronas, comenzando en las áreas del cerebro que controlan la memoria y el movimiento. Provocando unas placas conocidas como los cuerpos de Lewy. Provocando la ineficacia de las neuronas hasta que mueran finalmente.

No existen exámenes específicos para diagnosticar la demencia con cuerpos de Lewy. Generalmente se hacen:

- Analíticas de sangre que incluyen: tiroides, vitamina B-12, sífilis, VIH, ...
- TAC
- PET amiloide (Descarta el Alzheimer)

En cuanto a su evolución, es una enfermedad progresiva, lo que significa que los síntomas comienzan lentamente y empeoran con el tiempo. La enfermedad dura un promedio de 5 a 8 años desde el momento del diagnóstico hasta la muerte, pero el lapso de tiempo puede variar de 2 a 20 años. La rapidez con que se desarrollan y cambian los síntomas varía mucho de una persona a otra, según la salud general, la edad y la gravedad de los síntomas.

ETAPAS DE LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD:

- 1ª. Síntomas leves y mantienen su autonomía
- 2ª. Requieren ayuda debido a una disminución en la capacidad de pensamiento y movimiento.
- 3ª. Dependen completamente de otros para recibir asistencia y atención.

Desde la Terapia Ocupacional se intenta mantener a las personas en el entorno habitual, ya que todo entrenamiento será más fácil si se realiza desde una zona en la que nosotros estamos seguros, en su caso y teniendo en cuenta el caso que nos compete, esta zona de confort es el domicilio. Por lo que es importante que en vez de que la paciente venga a la consulta, siempre que sea posible que el terapeuta sea quien se desplace al domicilio habitual del paciente.

2 Objetivos

Exponer cómo se actúa desde la terapia ocupacional en casos de demencia por cuerpos de Lewy a raíz de un caso clínico.

3 Caso clínico

En el caso nos centramos en una mujer de 74 años que sufre caída en su domicilio el 31 de agosto de 2022, en la que no se realiza ninguna fractura, pero dicha caída desencadena en una visita a urgencias del hospital, lo que lleva a que se inicie una evaluación más exhaustiva de su salud.

Se comienza con un estudio sobre una posible demencia, puntuando 17/30 en el test minimental y se observa algo desorientada. A nivel cognitivo, empeoramiento progresivo, fallos de memoria de inicio a principios de 2021. Está repetitiva, presenta anomias frecuentes, suele estar tranquila, presenta posibles alucinaciones visuales ocasionales, que no le molestan y en general duerme bien.

En cuanto a las ABVD en el Katz puntúa B-C, necesitando supervisión para las ABVD.

Tras 6 meses y diferentes pruebas es diagnosticada de enfermedad por cuerpos de Lewy.

La paciente continúa viviendo en domicilio, ya que cohabita junto a su marido y sus 3 hijos viven en la misma localidad, formando así una red de recursos para cuidar de ella permaneciendo en su entorno.

En su valoración inicial realizada desde terapia ocupacional en septiembre de 2022, encontramos que en cuanto al desempeño de las ABVD la paciente es independiente, necesitando supervisión en alguna de ellas.

En cuanto a las AIVD empieza a tener faltas de atención importantes, el nivel de limpieza del domicilio es aceptable, aunque según dicen los hijos no es el que ella solía tener, además comunican que ha estropeado alguna comida, bien sea por confundir la receta o por olvidarla en el fuego, dato que preocupa bastante a la familia, desde entonces son los hijos los que se están encargando de traer la comida a sus padres.

En el manejo del dinero, puede realizar pequeñas compras, pero presenta gran

dificultad para encargarse de temas de cantidades elevadas como por ejemplo del tema bancario.

En cuanto a las AAVD las ha ido abandonando progresivamente, ella anteriormente pintaba al óleo y los hijos dicen que hace tiempo que no lo hace, que pensaban que por la pandemia del COVID-19 estaba más triste y por eso no lo hacía. También refieren que ella era una gran lectora y que tampoco lo está realizando, a lo que si se le pregunta ella dice que ha perdido visión y no quiere molestar a sus hijos para que la lleven a la óptica, ya que en su domicilio no hay y debe desplazarse a un pueblo cercano.

Como modelo propio de la Terapia Ocupacional, nos hemos basado en el Modelo de la Ocupación Humana. En dicho modelo, el comportamiento ocupacional aparece a partir de la interrelación de los sistemas de volición, habituación y ejecución, junto con las circunstancias que se dan en el medio ambiente. Las características y demandas del ambiente condicionan nuestra elección y, a su vez, la elección es un acto volitivo.

Tras la primera entrevista en el domicilio junto a la familia desde terapia ocupacional se empiezan a sacar las primeras hipótesis, como la paciente de primeras está algo reacia y no entiende su enfermedad, se decide que se seguirá la valoración mediante la observación en el desempeño ocupacional. Aprovechando que le gusta la pintura en la siguiente sesión nos centramos en ello.

Animamos a la paciente a que nos enseñe sus cuadros y a volver a sacar el caballete. Mientras se va realizando la actividad se aprovecha para hablar distendidamente con la paciente obteniendo más información.

Así, de esta manera pasamos al modelo circular de evaluación, planificación, tratamiento y reevaluación, pasando de una fase a otra y volviendo atrás en caso de ser necesario.

Gran parte del tratamiento ha consistido en trabajar en un ambiente natural como es el domicilio. Y como exponíamos más arriba, empezamos entrenando el ocio para de esa manera ir afianzando la relación terapeuta-paciente. Una vez conseguida esa relación, nos centramos en trabajar las rutinas y el mantenimiento de las destrezas y capacidades conservadas.

Además, hicimos recomendaciones sobre productos de apoyo que le pueden facilitar las tareas cotidianas y también planificamos una modificación del entorno ligera, sin hacer ninguna obra, reorganizamos la colocación de los muebles, quitando los menos necesarios y despejando de obstáculos las zonas de paso evitando así tropiezos.

La actitud del profesional ha sido siempre amable y empática, estableciendo una relación afectiva y de confianza que ha proporcionado la seguridad necesaria, disminuyendo las inseguridades de la paciente y familia.

Se ha trabajado tanto a nivel cognitivo como a nivel de autonomía personal. La intervención ha consistido en 20 sesiones que han sido tanto individuales como grupales, según la actividad que se fuera a tratar y el apoyo necesitado por la paciente para llevarla a cabo.

Tenemos que tener claro que al trabajar en su domicilio el ente extraño de ese entorno somos nosotros, debiendo no interferir en su entorno natural y que cualquier cambio realizado ha de ser consensuado y aceptado por paciente y familia. Es importante tener en cuenta lo necesario de involucrar a las familias en el proceso que lleva su familiar, es decir, nuestro paciente, y más aún cuando dicho proceso se hace en el domicilio.

Por eso vimos necesario el dejar a la familia participar de las sesiones para que fueran comprendiendo que la forma más beneficiosa para su esposa y madre era mediante cambios en la realización de las AVD, introduciendo pequeñas modificaciones de entorno y usando los productos de apoyo que facilitaban el desempeño ocupacional de su familiar.

Además, es importante haber creado un buen vínculo terapeuta-paciente antes de empezar con la intervención en sí.

Por eso, aunque la valoración, intervención y seguimiento es fundamental en el trabajo de Terapia Ocupacional, también debemos tener en cuenta los tiempos que nos marca el paciente y la familia para fomentar que durante las diferentes fases del proceso el paciente alcance el mayor beneficio de nuestra intervención.

4 Discusión-Conclusión

Como terapeuta ocupacional se debe tener una actitud positiva y relajada, e implicarse en todo el proceso, guiando e interviniendo cuando sea necesario y dejando actuar al paciente por sí mismo cuando sea posible, mejorando su autoestima y confianza.

En el caso, conseguimos dotar de confianza al núcleo familiar y que fueran conscientes de que aunque la enfermedad provocaba cambios en toda la familia, estos podían irse resolviendo con una buena planificación y organización de todo el núcleo, aceptando los posibles cambios y adelantándose al deterioro y progresividad de la enfermedad.

Gracias a registrar los casos clínicos conseguimos una herramienta eficaz que ayuda a generalizar los resultados obtenidos a otros casos similares. No por ello deben ser iguales, pero si pueden servirnos de punto de partida y como guía a como enfocar un nuevo caso similar, teniendo siempre en cuenta que cada caso es único y debe tratarse, por tanto, así de manera individualizada.

Para finalizar es importante hablar de la importancia de la consecución de los objetivos de terapia ocupacional teniendo en cuenta al resto de profesionales que tratan a la misma paciente, ya que juntos trabajando de manera interdisciplinar cada uno podemos dar nuestra visión del problema y entre todos buscar la solución más adecuada.

5 Bibliografía

1. <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/demencia-cuerpos-lewy>
2. <https://medlineplus.gov/spanish/lewybodydementia.html>
3. <https://www.studocu.com/pe/document/universidad-norbert-wiener/fisiologia/demencia-y-enfermedad-del-alzheimer/15465961>
4. <https://repositori.uib.es/xmlui/handle/11201/157173/>
5. Rodríguez, M^a C. Terapia ocupacional en geriatría. Síntesis. 2019.

Capítulo 694

EL TRABAJO DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN LAS ADICCIONES.

ANA BELÉN ALCOCER ORTEGA

MIRIAM SOSA GORDO

SONIA CANO PIQUERAS

OLGA LÓPEZ DURÁN

JOSEFA CAÑAS CARRILLO

1 Introducción

La adicción es un trastorno comportamental provocado, en parte, por el comportamiento anormal de diferentes estructuras cerebrales, lo que provoca la alteración del funcionamiento diario, ocasionando importantes alteraciones en las actividades de la vida diaria, roles, hábitos y en general en las áreas de desempeño ocupacional de las personas con dicha patología.

Las adicciones provocan impactos negativos en el desempeño ocupacional de las personas, viéndose mermadas las relaciones socio – laborales, ocasionando importantes costos para familia, empleador y sociedad; las actividades de la vida diaria se ven también afectadas notándose un compromiso o pérdida de la habilidad para realizar el autocuidado en tareas como la alimentación, descanso, sueño, aseo; también pueden verse alteradas las actividades instrumentales de la vida diaria, como la preparación de la comida, manejo del dinero, cuidado del espacio

personal, igualmente se ven afectadas las necesidades emocionales así como el área de ocio y tiempo libre.

La Terapia Ocupacional (TO) interviene en los equipos de prevención y tratamiento de adicciones, teniendo como objetivo la ocupación humana en la vida diaria y la rehabilitación de esta cuando se ve afectada a través de diferentes actividades, favoreciendo la consecución de la autonomía, la participación activa, mejorando la calidad de vida y reduciendo el riesgo de recaída.

2 Objetivos

Los objetivos que se han planteado para la realización de la revisión, son los siguientes:

1. Identificar la eficacia de los distintos tratamientos del terapeuta ocupacional con los pacientes que sufren adicciones
2. Observar las modalidades de tratamientos que se aplican en terapia ocupacional orientada a los pacientes que abusan de sustancias
3. Conocer las variables que se evalúan y las herramientas para la medición usadas en los estudios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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 Terapeuta Ocupacional tiene sus funciones definidas de acuerdo a los desarrollos conceptuales de la profesión, si bien es cierto que estas funciones no son muy conocidas, lo que en ocasiones ha delegado al terapeuta ocupacional el papel secundario de mantener a las personas ocupadas. Sin embargo, el Terapeuta ocupacional dispone de las herramientas necesarias para evaluar el desempeño ocupacional y tras los estudios analizados se concluye que es importantísimo evaluar e intervenir el desempeño ocupacional en etapas tempranas dentro de un programa de prevención para evitar el comienzo del consumo de drogas.

Las personas dependientes de sustancias, ven afectado su desempeño ocupacional en el área de autocuidado, así como sus roles y hábitos y el ocio y tiempo libre. Para ello, el Terapeuta Ocupacional usa diferentes evaluaciones del Modelo de Ocupación humana con el objetivo de evaluar hábitos, roles, rutinas, intereses, motivación, valoran también la calidad del desempeño en las actividades de la vida diaria, influencia del ambiente, tiempo libre e historia

El Terapeuta Ocupacional realiza diferentes abordajes dentro del campo de las adicciones, tanto en el propio paciente como en la familia y entorno, encaminados a una inclusión socio – laboral y recuperación de la vida previa a la toma de sustancias tóxicas, utilizando diversas actividades que sean significativas, que comprometen al paciente y que dan respuestas a sus necesidades vitales y sociales y que ayudan a construir su identidad. Centrándose en el desempeño ocupacional tanto de las actividades básicas de la vida diaria como en las instrumentales y en las diferentes áreas ocupacionales.

El trabajo del terapeuta ocupacional en el tratamiento de las adicciones es fundamental para ayudar a las personas a recuperarse y mejorar su calidad de vida. Los terapeutas ocupacionales son profesionales de la salud que se centran en la promoción de la independencia y la participación en actividades significativas de la vida diaria.

5 Discusión-Conclusión

La Terapia Ocupacional cuenta con varios modelos y marcos de referencia aplicables en la intervención de personas con adicciones, entre ellos el Modelo de Ocupación Humana de Kielhofner que dota a las disciplinas de diferentes instrumentos de valoración y evaluación para analizar las necesidades de la persona afectada.

La Terapia ocupacional realiza diversos abordajes tanto en la persona como en el entorno y familia en el tratamiento de las adicciones, incidiendo en el desempeño ocupacional, el cual se ve mermado significativamente.

En conjunto, los terapeutas ocupacionales abordan las dimensiones físicas, emocionales y sociales de la recuperación de las adicciones, trabajando en colaboración con otros profesionales de la salud en un enfoque integral. Su objetivo es ayudar a las personas a recuperarse, reconstruir sus vidas y reintegrarse en la sociedad a través de la participación en actividades significativas y el desarrollo de habilidades funcionales.

6 Bibliografía

1. American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ª ed. Washington
2. Cáceres A. y Mesias B.(2011). Atención a Población sin Hogar: Experiencia del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid. En: J. Bobes, M. Casas y M. Gutiérrez. Manual de Trastornos Adictivos (pp. 226 – 34). Madrid, España: Enfoque Editorial S.C
3. Fariás L.; Guerra V.; Cifuentes T.; Rozas S. y Riveros M. (2010). Consumo problemático de drogas y Terapia Ocupacional: Componentes ocupacionales evaluados durante el proceso de tratamiento y rehabilitación. Revista Chilena de Terapia Ocupacional, 10, 45 – 56
4. Rojo G. (2008). Terapia Ocupacional en el Tratamiento de las adicciones. Revista Trastornos adictivos, 10 (2), 88- 97.
5. Rojo G., Iraurgi I. y Sánchez A. (2011). Rehabilitación cognitiva en el Tratamiento de las Adicciones. En: E. Pedrero, J. Sánchez, A. Verdejo, M. Llanero y M. Ambrosio (Eds.). Neurociencia y Adicción. (pp. 277–97). Madrid, España: Sociedad Española de Toxicomanías
6. Rojo G., Pedrero E., Ruiz J., Llanero M., Olivar A. y Puerta C. (2009). Terapia Ocupacional en la rehabilitación de la disfunción ejecutiva en adictos a sustancias. Revista Trastornos Adictivos, 11 (2), 96 -105.
7. Rojo G., Pedrero E., Ruiz J., Llanero M. y Puerta C. (2011). Evaluación del Desempeño Ocupacional en la vida cotidiana en adictos. Creación de un instrumento de medida: el ADO. Revista Adicciones, 23 (1), 27- 35. Accesado el 4 de marzo de 2013. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/891/289122829004.pdf>

Capítulo 695

EL TRABAJO DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE FRACTURA DE CADERA

ANA BELÉN ALCOCER ORTEGA

JOSEFA CAÑAS CARRILLO

OLGA LÓPEZ DURÁN

SONIA CANO PIQUERAS

MIRIAM SOSA GORDO

1 Introducción

Las fracturas de cadera son uno de los mayores problemas de salud asociados al envejecimiento y la fragilidad. La edad de los adultos mayores cada vez es más elevada, así como ciertas patologías que van asociadas, mayor fragilidad ósea, pérdidas de equilibrio y efectos secundarios de medicamentos; lo que provoca mayor riesgo de caída, fractura, que unido a un envejecimiento poblacional cada vez mayor se pone de manifiesto el alto coste anual que conlleva este tipo de patología.

La fractura de cadera suele provocar deterioro funcional, provocando la pérdida de independencia para las actividades de la vida diaria (AVD), siendo la rehabilitación muy importante en el tratamiento. La terapia ocupacional realiza una

valoración e intervención centrándose en el entrenamiento de las AVD con el objetivo de mejorar y/o mantener su independencia. Trabajan con el paciente en la seguridad a la hora de realizar transferencias, en el lavado, vestido; asesoran y entrenan en el uso de productos de apoyo en caso de que fuera necesario, también intervienen en el entorno realizando las adaptaciones o modificaciones que sean necesarias.

El trabajo del terapeuta ocupacional en pacientes intervenidos de fractura de cadera es crucial para ayudar a estos individuos a recuperar su independencia y calidad de vida después de una cirugía. Las fracturas de cadera, especialmente en personas mayores, pueden tener un impacto significativo en la movilidad y la capacidad de llevar a cabo actividades diarias.

2 Objetivos

Los objetivos que se han planteado para la realización de la revisión, son los siguientes:

- Identificar la eficacia de la intervención del terapeuta ocupacional en los pacientes intervenidos de fractura de cadera
- Realizar una revisión de los diferentes abordajes desde terapia ocupacional para el tratamiento de la fractura de cadera

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión, hemos revisado y analizado la literatura sobre terapia ocupacional y fractura de cadera; hemos consultado las siguientes bases de datos, Cochrane Library en Español, base de datos IME del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), CUIDEN Plus, DIALNET, Medline a través de la plataforma PubMed, en Google Académico, SciELO y PEDro. Además, se realizó una búsqueda manual de artículos publicados en internet, revistas electrónicas, libros, tesis y experimentos clínicos.

Hemos realizado una búsqueda entre marzo de 2023 y junio de 2023, seleccionando artículos en inglés y español, sin límite de año de publicación.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: ("hip fracture " OR "geriatric" OR "rehabilitation") AND ("health occupational therapist" OR therapist OR "occupational therapist") AND random*[tw]. Hemos mantenido los mismos términos para las demás bases de datos consultadas.

4 Resultados

Los resultados encontrados avalan la eficacia de la intervención del terapeuta ocupacional, corroborándose que, gracias a la intervención temprana del Terapeuta ocupacional dentro de los equipos multidisciplinares, los pacientes mejoran su recuperación funcional, reduciéndose así la duración de su estancia en el hospital y siendo el alta más favorable tras la intervención de la fractura, puesto que gracias a la intervención precoz del Terapeuta ocupacional se muestra que recuperan más rápidamente la independencia en las AVD básicas, como vestirse, asearse, ir al baño, mejorando notablemente su capacidad funcional. Si bien en algunos estudios muestran la poca presencia del terapeuta ocupacional en las unidades de hospitalización aguda.

Los estudios muestran que gracias a la intervención de los terapeutas ocupacionales, los pacientes mejoran su funcionalidad y seguridad, permitiendo que obtengan mayor independencia en las AVD a la vuelta al domicilio tras la intervención. El programa de ejercicios llevados a cabo permite mejorar la movilidad funcional, fuerza de las extremidades, aumentar independencia en las tareas de la vida diaria.

Los estudios ponen de manifiesto que la rehabilitación influye positivamente reduciendo la mortalidad de los pacientes, aumentando su funcionalidad e independencia. Los terapeutas ocupacionales se encargarán de modificar las barreras físicas necesarias, lo que proporciona mayor seguridad al paciente y disminución de caídas. La intervención del Terapeuta Ocupacional también incluye tratamientos posturales, instrucciones para realizar transferencias, técnicas para sentarse, ponerse de pie, caminar, vestirse.

El terapeuta ocupacional desempeña un papel esencial en la rehabilitación de pacientes intervenidos de fractura de cadera, ayudándoles a recuperar la independencia funcional y la calidad de vida. Su enfoque se centra en la recuperación de la movilidad, la enseñanza de técnicas seguras para realizar actividades diarias y la adaptación del entorno para garantizar la seguridad del paciente en el hogar.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada se corrobora la eficacia de la intervención desde terapia ocupacional, ya que provoca beneficios tanto al paciente como al sistema sanitario, puesto que el terapeuta ocupacional es el experto en el tratamiento de las AVD y estas se ven mermadas tras una fractura de cadera.

Se pone de manifiesto la necesidad de un abordaje funcional para mejorar la

calidad de vida de los pacientes, lo que también lleva consigo la reducción de los costes de ingreso, que son altos y se irán incrementando debido al envejecimiento poblacional.

En general, el terapeuta ocupacional trabaja en colaboración con otros profesionales de la salud para ayudar a los pacientes a recuperarse de una fractura de cadera y a retomar una vida independiente y significativa. Su enfoque integral en la rehabilitación contribuye significativamente al bienestar y la calidad de vida de los pacientes después de la cirugía.

6 Bibliografía

1. Katherine Walker Foster, Patricia Eiff, Chad A. Asplund, MD, MPH, FAMSSM. Overview of common hip fractures in adults. UPTODATE. Diciembre 2021.
2. Puime, Á. O., Gutiérrez-Misis, A., Toledo-Bartolomé, D., Sáez-López, P., Gómez-Campelo, P., Ojeda-Thies, C., ... & Ignacio, J., editor. Revista Española de Salud Pública. Vol. 95. Revista Española de Salud Pública; 2021.
3. Sáez-López, P., Ojeda-Thies, C., Alarcón, T., Muñoz Pascual, A., Mora-Fernández, J., González de Villaumbrosia, C., ... & González-Montalvo, J. I. (2020). Registro Nacional de Fracturas de Cadera (RNFC): resultados del primer año y comparación con otros registros y estudios multicéntricos españoles. Revista Española de Salud Pública, 93, e201911072.
4. Uruma M, Momosaki R, Chono M, Fukumoto M, Watanabe T, Nakamura M, et al. Effectiveness of acute in-hospital occupational therapy for older patients with hip fracture. Geriatr Gerontol Int [Internet]. 2019;19(7):611–5.
5. Colon-Emeric HHMM. Overview of geriatric rehabilitation: Patient assessment and common indications for rehabilitation. 2021; Disponible en: <https://www-uptodate-com.ar-bvsalud.a17.csinet.es/contents/overview-of-geriatric-rehabilitation-patient-assessment-and-common-indications-for>.

Capítulo 696

EL ROL DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN LOS PACIENTES QUE SUFREN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON.

ANA BELÉN ALCOCER ORTEGA

OLGA LÓPEZ DURÁN

JOSEFA CAÑAS CARRILLO

MIRIAM SOSA GORDO

SONIA CANO PIQUERAS

1 Introducción

La enfermedad de Parkinson es un trastorno del sistema nervioso central, marcado por la degeneración dopaminérgica, células que fabrican la dopamina. Su diagnóstico suele ser tardío, ya que no existe un biomarcador específico. De los síntomas más incapacitantes podemos destacar la inestabilidad postural que provoca la pérdida de la autonomía del paciente en su vida diaria. Su tratamiento es asintomático, no tiene curación; el tratamiento farmacológico suele comenzar cuando los síntomas provocan algún grado de discapacidad en el paciente, y se combina con medidas no farmacológicas, donde se incluye la Terapia Ocupacional que promueve la autonomía e independencia de los enfermos de Parkinson,

si bien es cierto que a menudo estos pacientes son derivados a Terapia Ocupacional en las fases avanzadas de la enfermedad.

El papel del Terapeuta Ocupacional irá encaminado a que los pacientes adquieran y mantengan las habilidades necesarias para la realización de las actividades de la vida diaria, a través del entrenamiento y compensación de los déficits instaurados. El Terapeuta Ocupacional se encarga de la modificación y adaptación del entorno, así como el asesoramiento y entrenamiento del uso de productos de apoyo cuando se haga necesario; igualmente se enseñará a los cuidadores informales de personas con Parkinson sobre el manejo para la realización de las actividades diarias.

2 Objetivos

Los objetivos que se han planteado para la realización de la revisión, son:

1. Conocer la importancia de la intervención del Terapeuta Ocupacional en el tratamiento de los pacientes con Parkinson.
2. Identificar las necesidades ocupacionales del enfermo de Parkinson
3. Determinar los métodos y técnicas más efectivos para llevar a cabo la rehabilitación de los enfermos de Parkinson desde la Terapia Ocupacional

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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 enfermedad de Parkinson es un trastorno degenerativo, de etiología desconocida, siendo la segunda enfermedad más prevalente en el anciano. Presenta sintomatología motora y no motora, que provoca dificultades en el desempeño ocupacional, estos síntomas impactan tanto en la persona afectada como en su entorno, provocando grandes cambios en la calidad de vida de estas personas. Gracias a la combinación de medidas farmacológicas y no farmacológicas se consigue paliar los síntomas, ya que actualmente no tiene curación.

Dentro de las medidas no farmacológicas, la Terapia Ocupacional tiene como objetivo mantener el máximo nivel de independencia del usuario en la realización de las áreas ocupacionales. Por ello el papel del Terapeuta Ocupacional es muy importante en el proceso de rehabilitación de los pacientes con Parkinson; en dicho proceso el Terapeuta Ocupacional evalúa; identificando las necesidades, que variarán según el estadio de la enfermedad, pudiéndose presentar tanto dificultades motoras, como cognitivas y sociales, observándose que las mayores limitaciones se ven reflejadas en la movilidad y participación social; formula objetivos e implementa un plan de tratamiento individualizado y centrado en la persona, para conseguir minimizar el impacto negativo de los síntomas en la vida diaria, teniendo en cuenta las preferencias, el estilo de vida, entorno y el estadio de la enfermedad.

Junto con otras especialidades de la medicina, la Terapia Ocupacional consigue mantener el proceso degenerativo con el que cursa esta enfermedad, a través de técnicas y actividades que sirven para mejorar la calidad de vida, mejorar y/o mantener la independencia en las áreas ocupacionales, así como instruir al entorno más cercano sobre el manejo del paciente de Parkinson

Son numerosas las intervenciones que en la actualidad se investigan para paliar los síntomas de la enfermedad desde Terapia ocupacional, dando actualmente bastante importancia al entrenamiento mediante el uso de realidad virtual, ya que se observa una mejoría física y cognitiva

5 Discusión-Conclusión

La gran mayoría de los estudios consultados muestran la necesidad de la intervención del Terapeuta Ocupacional dentro del equipo multidisciplinar, ya que gracias a los tratamientos de este se consigue mayor independencia para la realización de las Actividades de la Vida Diaria.

El tratamiento del Terapeuta Ocupacional debe ser frecuente y constante para lograr los mayores beneficios posibles. Debe involucrar al paciente, familia y amigos, obteniendo una mejor participación que favorezca la independencia en su vida diaria. Para ello se realiza una exhaustiva valoración, identificando destrezas y fortalezas y se implementa un plan de tratamiento, utilizando diferentes métodos y técnicas, adaptaciones, uso de productos de apoyo, que favorezcan la independencia del paciente en sus áreas ocupacionales.

6 Bibliografía

1. Frades-Payo B, Forjaz MJ, Martínez-Martín P. Situación actual del conocimiento sobre la calidad de vida en la Enfermedad de Parkinson: Instrumentos, estudios comparativos y tratamientos. *Rev Neurológica* [Internet]. 2009;49:594–8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20013718?dopt=Abstract>
2. Ortiz A. Valoración e intervención de Terapia Ocupacional en patología neurodegenerativa.
3. Féliz B, Fernández MV. Programa de prevención de caídas en el domicilio para personas con Enfermedad de Parkinson desde Terapia Ocupacional. *Rev Astur Ter Ocup*. 2015;12:30–5.
4. Bae Y-S, Kim D-H. The Applied Effectiveness of Clay Art Therapy for Patients With Parkinson's Disease. *J Evidence-Based Integr Med*. 2018;23:1–8.

Capítulo 697

LA MAQUINARIA EN COCINA LA HOSPITALARIA QUE ES USADA POR EL PINCHE DE LA COCINA HOSPITALARIA

NIEVES GÓMEZ ZAPATA

PATROCINIO ALFARO GARCIA

ISABEL MORENO SÁEZ

MARÍA JOSÉ CIFUENTES CORBELLAS

EVA MARIA MORENO ESCUDERO

1 Introducción

La cocina hospitalaria es un servicio del complejo hospitalario donde se elabora y prepara toda la comida que posteriormente ingiere el paciente en el hospital. Las instalaciones de cocina de los hospitales deben diseñarse de tal manera que las tareas de todos los empleados, como dietistas, cocineros y, por supuesto, ayudantes de cocina, puedan manejarse y resolverse fácilmente. Nos encontramos en la cocina, que distribuye alternativamente las superficies según la tarea a realizar y, si es necesario, equipada con las máquinas adecuadas para preparar, procesar, conservar, conservar y distribuir los alimentos. Los numerosos pequeños electrodomésticos que se utilizan en la cocina hospitalaria deben cumplir los requi-

sitos mínimos para un servicio de calidad y ser suficientes para las tareas laborales y los alimentos que se manipulan. Todo ayudante de cocina que desempeñe sus funciones en la cocina de un hospital debe conocer las características y funcionamiento de las pequeñas máquinas para evitar lesiones y muchos accidentes laborales por mal uso. También es muy importante realizarlos y mantenerlos en óptimas condiciones de limpieza para evitar una posible contaminación tanto directa como indirecta con los alimentos consumidos por el paciente posteriormente así evitaremos que el enfermo se intoxique y perjudique su salud sin llegar al objetivo que es recuperarse.

2 Objetivos

Dar a conocer los diferentes tipos de maquinaria pequeña que hay en las diferentes áreas de una cocina hospitalaria que es usada por el pinche de cocina.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica en varios libros sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática en páginas de internet y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed y Scielo, donde se han seleccionado aquellas palabras contenidas y relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El desempeño de las tareas de un ayudante de cocina en un hospital tiene características específicas que generalmente requieren planificar y organizar el trabajo por grupos de empleados, debido a que las cocinas en su mayoría son bastante grandes y están divididas según área y servicio.

Todas las cocinas del hospital estarán equipadas con pequeñas máquinas para facilitar la comida y la preparación. Dependiendo de su función se pueden encontrar en diferentes zonas. A continuación, se enumeran los más famosos por secciones:

- Área de almacenamiento y mantenimiento: en esta área se pueden distinguir dos sectores, el almacenamiento de alimentos que no necesitan congelación, y el

almacenamiento de alimentos que requieren refrigeración. Los alimentos perecederos que requieren conservación en frío se conservan en frigorífico, armario o cámaras a una temperatura adecuada para su perfecta conservación.

- Zona de preparación: esta zona está destinada a la preparación de las materias primas antes de su cocción o preparación final. Al igual que en la zona de almacenamiento y mantenimiento, existen diferentes zonas en función del alimento, ya sea fruta y verdura, pescado o carne. Las máquinas que encontramos aquí son peladoras de frutas y verduras, picadoras de carne o verduras, cortadoras o cuchillos de carne y queso, batidoras y amasadoras de diferentes modelos, envasadoras al vacío, pesas o básculas eléctricas.

- Zona de cocción: en esta zona se cocinan los alimentos a una determinada temperatura gracias a máquinas como hornos (pueden ser eléctricos, de carbón, de gasóleo o de gas), hornos eléctricos (de convección, mixto convección-vapor o microondas), fregaderos, marmitas y ollas a presión, planchas eléctricas, grills, salamandras, sartenes basculantes, freidoras, grills verticales, refrigeradores instantáneos, etc.

- Zona agrícola: En esta zona los alimentos se dividen en porciones para su posterior consumo. Actualmente se utiliza un sistema de cinta aislante. Los platos se colocan sobre bandejas y los carros se colocan al final de la cinta con las bandejas listas para su transporte.

Existen diferentes tipos de coches:

1. Coches isotérmicos: aíslan el calor, frenando el descenso de temperatura.

2. Carros térmicos: cuentan con sistema de calentamiento de bandejas y sensores de temperatura.

- Zona de carritos y lavavajillas y almacenaje: en esta zona se limpian y desinfectan todas las herramientas y plataformas. Aquí podrás encontrar máquinas de agua a alta presión, lavaderos de coches o sistemas de vapor que desinfectan coches, lavavajillas, etc.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión es que el trabajo con máquinas en cocinas hospitalarias facilita el trabajo de los especialistas en cocina, por lo que los ayudantes de cocina deben ser informados y formados por la dirección sobre su uso y los posibles riesgos asociados al mismo. Por supuesto, esta máquina debe ser limpiada y desinfectada para mantenerla en buenas y perfectas condiciones para el siguiente uso.

El especialista también deberá realizar una inspección de los equipos pertinentes para evitar futuras fugas, oxidación o roturas. Un mantenimiento adecuado

garantiza la longevidad de la máquina y también mejora la eficiencia de su uso. Otro factor importante es elegir máquinas que consuman la menor cantidad de energía posible para conseguir un ahorro energético y ecológico. También se recomienda verlos en acción antes de comprar electrodomésticos de cocina. Incluso después de la compra, el instalador debe asegurarse de que la máquina funcione correctamente.

En definitiva, se puede afirmar que la disponibilidad de nuevas tecnologías y equipamientos actuales facilita el trabajo de los auxiliares de cocina y posibilita un excelente servicio a los pacientes hospitalarios.

6 Bibliografía

1. <https://www.invercorp-peru.com/que-equipos-requieren-las-cocinasindustriales-de-hospitales>.
2. <https://sivarious.com/gestion/que-hay-que-tener-en-cuenta-a-la-horadeelegir-la-maquinaria-hostelera-20220725-0558/>
<https://hospitecnia.com/documentacion/articulos/cocina-hospitalaria/>.

Capítulo 698

LA PLONGE EN LA COCINA HOSPITALARIA POR EL PINCHE.

NIEVES GÓMEZ ZAPATA

PATROCINIO ALFARO GARCIA

ISABEL MORENO SÁEZ

MARÍA JOSÉ CIFUENTES CORBELLAS

EVA MARIA MORENO ESCUDERO

1 Introducción

Una cocina y sus instalaciones auxiliares se pueden definir como el conjunto de áreas o espacios necesarios para procesar y transformar los alimentos en platos refinados. Cuando hablamos de cocinas industriales no tenemos que pensar solo en zonas calientes donde se realiza la preparación y cocción de los alimentos, sino en cocinas o zonas de cocina, ya estén comunicadas o separadas, equipadas y deben considerarse todas las estancias comunicadas. Estas estancias incluyen una pastelería, un cuarto de verduras, una cámara frigorífica, un plonge, etc. Hablaremos de la plong, este departamento está especializado en la limpieza de utensilios de cocina (ollas, sartenes, etc.). Aunque tiene que comunicarse con una cocina caliente, tiene su propia área de trabajo exclusiva, equipada con un fregadero, mesa y estantes de acero inoxidable, grandes, profundos y duraderos para almacenar utensilios limpios, en esa área de la cocina el pinche tiene cuadrantes que enumeran los turnos y el trabajo realizado en cada turno. Por lo tanto, cuando

la pinche de cocina trabaja en el plonge, debe saber que, a primera hora de la mañana y de la tarde, no se dedica exclusivamente a este trabajo, sino que tiene que realizar otras tareas, aparte de lavar utensilios sucios, les ayudan a preparar y cortar verduras para su preparación utiliza herramientas como puntillas, pela patatas, etc. y volverá a la plonge a seguir con su trabajo.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer los pasos a seguir por el pinche de cocina hospitalaria, el funcionamiento en la zona dentro de la plonge de cocina, la hospitalaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

El fregador industrial que existe en la plonge es tan importante como cualquier maquinaria de limpieza y es de gran ayuda para el pinche de cocina que le toca lavar todo el menaje de cocinado, y se deben seguir algunos pasos para completar y asegurar el correcto trabajo, de lo contrario existe riesgo de daño, y la avería de la máquina retrasará fácilmente su uso durante tres semanas, y mientras tanto, el asistente lavará más ollas por mano, , tablas de cortar, ollas, etc., que es demasiado trabajo para ayudar en la cocina, no podría manejarlo.

El lavavajillas industrial se desmonta y limpia desde el día anterior, por lo que lo primero al inicio de cada turno de trabajo es asegurarse de que está apagado y vuelto a montar, es decir, colocar las bandejas interiores. Luego se cierra la puerta y se pone en marcha, y hay que esperar un pitido que avisa al ayudante de cocina que la máquina está lista. Luego pones ollas, sartenes y tablas de cortar para que no se salgan volando, tal vez queden bien fijadas en las aberturas, porque adentro hay mucho aire comprimido y agua, y si se salen entre las tapas de las canastas

o las mesas. Y sigues girando la canasta, se atascará y posiblemente se rompa. Si todo está configurado correctamente, se selecciona el programa deseado y el lavavajillas comienza a lavar, y se enciende la luz roja, indicando que la máquina está lavando y no se puede tocar el lavavajillas. Cuando suena el timbre y se enciende la luz verde, significa que el lavado ha terminado y se puede abrir la puerta. Todas las piezas lavadas salen secas y muy calientes. Lo que significa que tenemos que esperar un poco a que se enfríen y luego simplemente usarlos en la siguiente fila. Y por último, para volver a utilizar el lavavajillas, se deben desmontar las piezas del lavavajillas, lavarlas con agua a presión y dejar escurrir mientras la máquina está desenchufada.

Las principales funciones de un ayudante de cocina al bucear son coger las piezas sucias de la mesa y ponerlas en el fregadero para remojarlas y ablandar los restos de comida pegados, mientras continúa fregando los utensilios y cubiertos usados. , bandejas, ollas, tablas de cortar y tapas que no caben en el lavavajillas, ollas, coladores, etc. Normalmente, deberían fregar mucho mejor y más fácilmente después de remojarlas por un tiempo, pero la mayoría de las veces la comida está tan aglomerada que se necesita mucha fuerza para fregar las sartenes para eliminar cualquier residuo de comida del acero inoxidable. Una vez limpias las piezas, se lavan y se colocan en una bandeja escurridora y sobre una rejilla para escurrir. Luego, se colocan en la despensa y en los estantes destinados a los utensilios de cocina.

En la cocina se generan muchos residuos orgánicos e inorgánicos, que se procesan de diferentes formas. El cubo de basura del fregadero, que contiene comida de ollas, sartenes, etc., debe estar listo para el próximo cambio, cuando se sustituya la bolsa de basura por una nueva, el empate anterior se deja en el contenedor, que queda en otra zona, fuera de la cocina, donde estará el frigorífico, porque los residuos orgánicos deben conservarse en frío. Para el próximo cambio y deberá dejar el suelo lavado y el fregadero y el desagüe muy limpios y secos, y todas las fregadoras, toallas y el lavavajillas podrán recogerse y colocarse en un cesto debajo del fregadero. Las luces se apagan y la puerta se cierra.

5 Discusión-Conclusión

En los hospitales que desarrollan trabajo de plönge, el trabajo de un pinche de cocina es difícil y agotador en comparación con otros trabajos hospitalarios, pero la presencia de un lavavajillas industrial en plönge ayuda al asistente a completar su trabajo y que no sea tan difícil, por lo que conocer la operación. El lavavajillas

es de gran ayuda, por lo que es importante capacitarse en su uso y mantenimiento. Finalmente, el ayudante de cocina del hospital también está constantemente involucrado en otros procesos, desde recibir alimentos hasta distribuir carritos con menús por los pisos del hospital, porque es un trabajo rotativo y el trabajo que se realiza es rotativo. , pero cuando le toca al mozo de cocina estar en la cocina, se da cuenta de que ese es el trabajo más difícil, y sabe que le ha sido asignado solo a él y debe mantenerlo perfectamente limpio cuando esté listo.

6 Bibliografía

1. <https://www.atron-europa.es/faq/que-es-la-plonge-en-unacocinaprofesional/>
2. https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/pinche_lectura_01.pdf

Capítulo 699

EL PINCHE DE COCINA Y LOS SISTEMAS DE PRODUCCIÓN QUE SE ENCUENTRAN EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

NIEVES GÓMEZ ZAPATA

PATROCINIO ALFARO GARCIA

ISABEL MORENO SÁEZ

MARÍA JOSÉ CIFUENTES CORBELLAS

EVA MARIA MORENO ESCUDERO

1 Introducción

Las cocinas hospitalarias han evolucionado en los últimos años hacia métodos de producción 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 distribución de las cocinas de los hospitales se basa en el diseño de cocinas modulares; es decir, cada equipo, como módulo de cocina, platos, marmitas, sartenes basculantes, freidoras, etc., es independiente y puede utilizarse por sí solo. Las cocinas se pueden modificar de esta manera para adaptarlas a la capacidad de producción necesaria según el número de pacientes que puede atender

el centro de salud. Con este objetivo en mente se crea el mejor método de producción y se consideran dos modelos: la línea de producción en frío y la línea de producción en caliente. Como la línea directa es el sistema más utilizado en los hospitales, examinaremos sus ventajas e inconvenientes en este capítulo. En ambos casos, la distribución de los alimentos por el suelo se realiza mediante bandejas térmicas que, gracias a su base y tapa perfectamente ajustadas, garantizan que la temperatura de los alimentos sea de al menos 65 °C. Además, están fabricados con una sustancia derivada del plástico que permite una limpieza eficaz en los túneles de lavado.

2 Objetivos

Saber las características generales de los sistemas de producción de una cocina hospitalaria, como lo son la línea fría y línea caliente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas en los que se trata los sistemas de producción de las cocinas hospitalarias.

4 Resultados

Ambas líneas parten de la preparación de los alimentos en una cocina tradicional o mediante nuevos sistemas de cocción como los hornos de convección. Una vez listos los menús, siguen un camino diferente: en el caso de la línea de frío, una vez cocidos, se enfrían mediante un abatidor hasta alcanzar los 10° en menos de dos horas. Una vez enfriados, existen dos opciones de almacenamiento, o refrigerarlos a 3° por hasta seis días, o congelarlos a -18°, en cuyo caso la vida útil de estos alimentos se extenderá por más tiempo. En ambos casos, cuando se requiera su uso, se pueden utilizar diferentes tipos de regeneración a través de hornos de regeneración de los componentes, hornos híbridos de convección a vapor (que permiten regular la temperatura y la humedad), carros de regeneración y hornos microondas.

En el caso de las líneas de producción en caliente, una vez listo el menú, se procede a emplatarse a través de un sistema de cinta transportadora donde se colocan los diferentes componentes del menú según las características del paciente. Con la bandeja calentadora, el calor se puede almacenar en alimentos calientes, mientras que el 306 puede mantener el frío en otros alimentos como ensaladas o postres de frutas. En este caso hay que tener en cuenta que no podemos dejar pasar mucho tiempo hasta el momento del servicio. En este sentido, no es recomendable que la comida, una vez emplatada, tenga que trasladarse durante mucho tiempo, ya que la temperatura irá bajando poco a poco y llegará al paciente a temperaturas inferiores a 65 °C. Cada línea tiene ventajas y desventajas, pero en ambos casos la calidad del alimento, es decir, sus propiedades nutricionales y organolépticas, está garantizada, y, por lo tanto, no hay diferencia entre ambas en este sentido.

5 Discusión-Conclusión

Entre las ventajas de la línea de frío podemos destacar la optimización de la mano de obra, ya que se puede repetir el trabajo a lo largo del día, planificándose la elaboración de los menús con antelación. Por la misma razón, aumenta la capacidad de preparar una mayor variedad de formulaciones. El sistema no sólo permite optimizar los medios técnicos y una mejor utilización de las materias primas, sino que también facilita el control de calidad de los alimentos antes de su entrega a los pacientes. Por su parte, la línea directa permite atender todo tipo de alimentos y preparaciones improvisadas para atender, por ejemplo, a los pacientes ingresados para el almuerzo o la cena.

Es muy importante el conocimiento y la adecuada formación de los ayudantes de cocina en las características, ventajas y desventajas de ambas líneas.

6 Bibliografía

1. González Castro Roberto (2014), Gestión de la producción en concina, Editorial Paraninfo. Disponible en <https://hospitecnia.com/documentacion/articulos/cocina-hospitalaria/>.